



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

Mestrado em Saúde Pública

Área de Especialização em Promoção e Protecção da Saúde

2009/2011

BURNOUT EM ONCOLOGIA

O síndrome de *burnout* vivenciado por enfermeiros que trabalham numa unidade de administração de quimioterapia de um instituto oncológico

Orientadora: Professora Doutora Carla Nunes

Co-Orientadora: Doutora Teresa Maia

Mestranda: Fabiana Fernandes Rebelo

Lisboa, Junho de 2011



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

Mestrado em Saúde Pública

Área de Especialização em Promoção e Protecção da Saúde

2009/2011

BURNOUT EM ONCOLOGIA

O síndrome de *burnout* vivenciado por enfermeiros que trabalham numa unidade de administração de quimioterapia de um instituto oncológico

Lisboa, Junho de 2011

Trabalho de Projecto para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública, ao abrigo do Art.º 23 do Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de Março, publicado no D.R. nº60, Série I-A de 2006-03-24

*"Tenho o dever de me fechar em casa no meu espírito
e trabalhar quanto possa e em tudo quanto possa,
para o progresso da civilização e o alargamento da
consciência da humanidade".*

Alberto Caeiro, Heterónimo de Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

À Professora Carla Nunes pela sua tão grande disponibilidade e raciocínio lógico e perspicaz, tendo tornado esta caminhada bem mais simples e gratificante;

À Professora Teresa Maia por ter valorizado as minhas inquietações e pelo seu valioso “saber mental”;

À minha família pelo tão grande incentivo e compreensão pela minha ausência;

Aos meus amigos por estarem sempre presentes e se preocuparem com este trabalho tanto quanto eu;

Aos meus colegas de trabalho que contribuíram e acompanharam o desenvolvimento de todo este projecto.

Um muito obrigada!

RESUMO

O *burnout* é um síndrome caracterizado, de forma mais frequente, por exaustão emocional, despersonalização elevadas e realização pessoal baixa. Normalmente, a pessoa sente-se fatigada e frustrada com as suas acções e sente que as suas expectativas não estão a ser correspondidas. Estando este fenómeno associado, possivelmente, com o ambiente laboral e com os factores de stresse existentes no local de trabalho, é habitual que surja em qualquer profissional, de qualquer classe profissional.

Este trabalho de projecto concentrou-se no estudo de uma das profissões de ajuda mais conectadas a este síndrome, pela sua especificidade, a enfermagem, na área da oncologia, e o objectivo fulcral, é compreender que quadros de *burnout* apresentam os profissionais de enfermagem que trabalham num instituto oncológico e compreender, ainda, se existe associação entre a saúde mental, a satisfação profissional destes profissionais e as suas características sócio-demográficas. Este trabalho teve, ainda, como objectivo testar a metodologia utilizada com a aplicação dos seguintes instrumentos: Maslach Burnout Inventory (M.B.I.), Mental Health Inventory (M.H.I.) e o Questionário de Satisfação Profissional de GRAÇA (1999).

Neste seguimento, utilizou-se um caso piloto de 20 enfermeiros que trabalham num serviço de administração de quimioterapia de um instituto oncológico, pretendendo-se, futuramente, desenvolver este estudo a nível institucional e numa amostra significativa, salientando, desde já, que todo o processo metodológico consistiu numa simulação, cujos resultados obtidos não poderão ser extrapoláveis e generalizados.

Numa perspectiva da Protecção e Promoção da Saúde e Prevenção da doença, esta equipa identifica factores geradores de stresse e sugere algumas estratégias importantes para fortalecer estes ideais, que consistem, acima de tudo, em saber reconhecer o fenómeno e criar grupos de terapia e de reflexão. As organizações e superiores hierárquicos deverão, também, estar atentos a esta problemática, tornando os recursos humanos e materiais ajustados e proporcionado as tais estratégias que possibilitem um clima de harmonia e uma melhor qualidade dos cuidados.

Palavras-Chave: *Burnout*, factores de stresse, enfermagem oncológica, enfermeiros, satisfação profissional e saúde mental.

ABSTRACT

Burnout is a syndrome commonly characterized by emotional exhaustion, high depersonalization and a lack of personal fulfillment. A person suffering from *burnout* feels fatigued, frustrated with its actions and that its expectations are not being met. Being this phenomenon largely related with the working environment and the stress factors existing in the working place, it may manifest in any employee in any profession.

This work project is centered on the study of one of the most affected professions by this syndrome, given its specificities: nursing in oncology. The main objectives are to understand, referring to nursing personnel on an oncology institute, the *burnout* levels and determine if there is an association between mental health, job satisfaction and socio-demographic characteristics. This work also intends to test the methodology by applying the following instruments: Maslach Burnout Inventory (M.B.I.), Mental Health Inventory (M.H.I.) and the Job Satisfaction Survey from GRAÇA (1999).

Following this, we used a test case of 20 nurses working in the service of chemotherapy for a cancer institute, intending in future to develop this study at the institutional level and a significant sample, noting at the outset that all methodological process consisted of a simulation, whose results cannot be extrapolated and generalized.

In the healthcare protection and promotion and the disease prevention perspective, the staff identified stress factors and described some important strategies to strengthen this thought, that consist, most of all, by being able to recognize the phenomenon and create groups of therapy and reflection. Organizations and supervisors must also be aware of this problem, making the personnel and the equipment suitable and pursuing and providing the strategies that allow harmony in the working environment and a better quality of care.

Keywords: *Burnout*, stress factors, oncology nursing, nurses, job satisfaction and mental health

Índice

1 – INTRODUÇÃO.....	13
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
2.1. Contexto Histórico do Stresse e <i>Burnout</i>	15
2.2. Conceito de stresse.....	16
2.3. Tipos de Stresse	19
2.4. Factores de Stresse	21
2.5. Stresse e Doença	23
2.6. <i>Burnout</i>	23
2.6.1. Modelos da Síndrome de <i>burnout</i>	28
2.6.3. <i>Burnout</i> , stresse e depressão, que relação?	32
2.6.4. Importância da avaliação do <i>burnout</i>	32
2.6.5. Estratégias de Prevenção e Intervenção no <i>Burnout</i>	34
2.7. A Profissão de Enfermagem	38
2.8. Enfermagem Oncológica	42
2.9. Satisfação no Trabalho.....	48
2.9.1. Teorias Explicativas da Satisfação Profissional	50
2.9.2. A Satisfação Profissional e Seus Determinantes	52
3. Promover a Saúde Mental.....	53
3 – FASE CONCEPTUAL.....	57
3.1. Definição do problema de investigação	57
3.2. Finalidade do Estudo.....	57
3.3. Objectivos do estudo.....	58
3.3.1. Geral	58
3.3.2. Específicos	58
3.4. Hipóteses do Estudo.....	58
4 – FASE METODOLÓGICA	60
4.1 Tipo de Estudo	60
4.2. População em Estudo.....	60
4.3. Plano de Amostragem	60
4.4. Instrumentos de Colheita de Dados	61
4.5. Validade e Fiabilidade dos Instrumentos	65
4.6. Variáveis em estudo.....	66

4.7. Caracterização do serviço	68
4.8. Erros potenciais do estudo	68
4.9. Simulação Metodológica	69
5 – FASE EMPÍRICA	71
5.1. Apresentação dos Resultados da Simulação Metodológica.....	71
5.2. Análise dos dados da Simulação Metodológica.....	75
5.3. Discussão dos Resultados da Simulação Metodológica	86
6 – CONCLUSÃO.....	95
7. RECOMENDAÇÕES FINAIS	99
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
ANEXOS	109
I - Autorização para a aplicação dos instrumentos de colheita de dados.....	109
II – Instrumentos de Colheita de Dados.....	111
III – Definição das Variáveis	131

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Síndrome Geral de Adaptação	17
FIGURA. 2 - Modelo Geral do Burnout	29

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Factores de Stresse.....	22
QUADRO 2 – Definição e Operacionalização das Variáveis	67
QUADRO 3 – Sexo e <i>Burnout</i>	75
QUADRO 4 – Teste Exacto de Fisher para Sexo e EE	75
QUADRO 5 – Faixa Etária e <i>Burnout</i>	76
QUADRO 6 – Teste Exacto de Fisher para Faixa Etária e <i>Burnout</i>	76
QUADRO 7 – Estado Civil e <i>Burnout</i>	77
QUADRO 8 – Teste Exacto de Fisher para EC e EE	77
QUADRO 9 – Tipo de Contrato e <i>Burnout</i>	78
QUADRO 10 – Teste Exacto de Fisher para TC e EE	78
QUADRO 11 – Anos de Profissão e <i>Burnout</i>	79
QUADRO 12 – Teste Exacto de Fisher para AP e EE.....	80
QUADRO 13 – Anos no Serviço e <i>Burnout</i>	80
QUADRO 14 – Teste Exacto de Fisher para AS e EE.....	81
QUADRO 15 – Satisfação Profissional e <i>Burnout</i>	81
QUADRO 16 – Teste Exacto de Fisher para SP e EE	82
QUADRO 17 – Saúde Mental e <i>Burnout</i>	82
QUADRO 18 – Teste Exacto de Fisher para SM e EE.....	83
QUADRO 19 – Codificação da Variável Sexo.....	83
QUADRO 20 – Codificação da Variável EE.....	83
QUADRO 21 – Regressão Logística Binária para Sexo e EE.....	84
QUADRO 22 – Regressão Logística Binária para FE e EE	84
QUADRO 23 – Regressão Logística Binária para EC e EE	85
QUADRO 24 – Regressão Logística Binária para TC e EE	85

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição dos sujeitos segundo o sexo.....	71
GRÁFICO 2 – Distribuição dos sujeitos segundo a idade.....	72
GRÁFICO 3 - Distribuição dos sujeitos segundo a idade por sexo.....	72
GRÁFICO 4 – Distribuição dos sujeitos segundo a faixa etária.....	72
GRÁFICO 5 – Distribuição dos sujeitos segundo o estado civil.....	73
GRÁFICO 6 – Distribuição dos sujeitos segundo o tipo de contrato.....	73
GRÁFICO 7 – Distribuição dos sujeitos segundo a antiguidade profissional.....	74
GRÁFICO 8 – Distribuição dos sujeitos segundo a antiguidade no serviço.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS

CIT – Contrato Individual de Trabalho

E.E. – Exaustão Emocional

E.U.A. – Estados Unidos da América

HTA – Hipertensão Arterial

ICD – International Classification of Diseases

M.B.I. – Maslach *Burnout* Inventory

M.H.I. – Mental Health Inventory

NIOSH – The National Institute for Occupational Safety and Health

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – *Odds Ratio*

S.N.S. – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WHO – World Health Organization

1 – INTRODUÇÃO

Sabe-se que a profissão de enfermagem, predominantemente, no campo da oncologia, é uma área vasta e rica em agentes stressantes, internos e externos, advindos tanto da sua natureza e essência da relação terapêutica do profissional de enfermagem com o outro, como na longa luta e procura da sua auto-definição, construção da identidade profissional e reconhecimento (STACCIARINI, J. *et al.*, 2001). Também, a Organização Internacional do Trabalho reconhece a enfermagem como uma das profissões mais stressantes e passíveis de apresentar profissionais com síndrome de *burnout* (FERREIRA *et al.*, 2006).

Todavia, apesar de existirem muitos estudos sobre esta classe profissional, sente-se ainda uma lacuna no que concerne ao enfermeiro e o cuidar em oncologia e as estratégias existentes de gestão destes agentes, pretendendo-se que este trabalho seja um contributo benéfico e reflexivo para o futuro bem-estar físico e psíquico destes profissionais.

O *burnout* tem sido um tema identificado e avaliado, frequentemente, em diversas profissões e contextos laborais, mas a complexidade da sua manifestação torna-o um síndrome muitas vezes negligenciado e não valorizado. Na verdade, o *burnout*, para FREUDENBERGER (1974: 159) não é mais que "*um estado de fadiga ou de frustração surgido pela devoção por uma causa, por uma forma de vida ou por uma relação que fracassou no que respeita à recompensa esperada*", ou também, um síndrome que pode resultar de um prolongado período de stresse, caracterizado por um esgotamento físico, emocional e de atitudes (GARCIA, 1990).

A realização deste trabalho de projecto no âmbito da enfermagem oncológica é pertinente, visto ser um tema contemporâneo, e apesar de já existirem estudos acerca do significado do cuidar em oncologia e suas intempéries, este é mais um contributo para sedimentar a ideia de que, embora haja a necessidade de aprofundar conhecimentos técnico-científicos especializados neste campo, pelos próprios profissionais, outros factores se sobrepõem, desencadeando, muitas vezes, sofrimento emocional no enfermeiro. Entre estes factores destacam-se a relação interpessoal com o doente e familiares e os colegas da equipa, as condições e tipologia de trabalho e as considerações éticas envolventes (POPIM e BOEMER, 2005).

Numa perspectiva não só da Saúde Mental, mas também da Saúde Ocupacional, suspeita-se que a elevada prevalência de acidentes de trabalho e de doenças profissionais em Portugal e os respectivos encargos monetários inerentes estão relacionados com a incidência deste síndrome, obrigando as empresas a preocuparem-se com a saúde dos seus trabalhadores e com o clima organizacional, de forma a reduzir o absentismo laboral (LOUREIRO *et al.*, 2008).

Tendo em conta que a Saúde Pública é um conceito político e social que visa melhorar a saúde, prolongar a vida e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos através da promoção da saúde e prevenção da doença ou outras formas de intervenção em saúde, faz todo o sentido, trabalhar este tema, onde a preocupação fulcral é a mobilização de estratégias para a aquisição de saúde e bem-estar.

Como enfermeira e estando a desempenhar funções na área da oncologia, considero este um fenómeno inerente a toda a tipologia da profissão e suas exigências, devendo ser compreendido na sua globalidade e valorizado para benefício da qualidade dos cuidados.

De facto, o enfermeiro existe para cuidar, mas para tal, precisa de ser cuidado e de se cuidar a si próprio.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Contexto Histórico do Stresse e *Burnout*

O termo stresse, segundo COOPER *et al* (1997), advém do verbo em latim *stringere*, que significa apertar, comprimir ou restringir, remontando ao Séc. XII, onde já era utilizado para descrever sofrimento e aflição ou opressão. Durante os séculos XVIII e XIX, o significado popular atribuído, em inglês, começou a ser o de uma força ou influência acentuada sobre um objecto físico ou uma pessoa (REINHOLD, 2004).

Em Portugal, a palavra stresse é conhecida muito recentemente, provindo do termo anglosaxónico “*stress*” cujo significado é tensão ou pressão e sendo definido pelo Dicionário da Academia das Ciências de Lisboa (2001: 4780) por “*um conjunto de perturbações psíquicas e fisiológicas provocadas por factores agressivos externos e por emoções que exigem uma adaptação do organismo*”.

Na área da Psicologia, Brandley, em 1969, e Freudenberger, em 1974, foram os pioneiros na introdução deste tema, tendo-se este último destacado com as suas investigações. Este neuropsiquiatra observou alguns comportamentos dos seus assistentes, constatando que alguns apresentavam perda progressiva de energia, atingindo um estado de esgotamento, associado a sintomas de ansiedade e depressão. De uma forma geral, os seus colegas tornavam-se menos sensíveis às situações dos doentes, menos compreensivos, mais agressivos e mais distantes (GOMES, 2009). Introduziu pela primeira vez, este tema, num artigo para a Revista de Psicologia intitulado *Staff Burn-out*, cujo objectivo seria o de alertar a comunidade científica para os problemas a que os profissionais estavam submetidos e eram expostos em função do seu trabalho (PEREIRA, 2002).

Enquanto que Freudenberger iniciou o conceito de stresse e *burnout* no contexto clínico, outros autores, como Christina Maslach e Susan Jackson, e de forma lateral, estudaram-no e introduziram-no no contexto organizacional (SCHAUFELI, 1998). Maslach como psicóloga social e investigadora na Universidade da Califórnia promulgou o conceito de *burnout* a partir de 1970, susceptível às modificações introduzidas pela OMS no âmbito do conceito de saúde e da melhoria da qualidade de vida, das exigências da população em relação aos serviços sociais, educativos e de saúde, e da necessidade dos serviços clínicos, das organizações e de outros

investigadores em aprofundar os conhecimentos sobre o stresse e *burnout*, prevenindo a sua sintomatologia (CARLOTTO E CÂMARA, 2008).

Ainda nesta década, Hans Selye, considerado um dos grandes pioneiros da medicina, desenvolve este termo sendo considerado por vários investigadores, como o pai da “teoria do stresse”. Este conceito tão revolucionário despoletou estudos e investigações biomédicas relativas à influência do sistema hormonal, no desenvolvimento de uma panóplia de doenças degenerativas, tais como, a insuficiência coronária e, portanto, cardíaca, HTA, doenças osteoarticulares, úlceras gástricas e também, cancro (GOLDBERGER *et al.*, 1982).

Selye tentou demonstrar que apesar de, nos dias de hoje, existir um grande interesse por este conceito, poucos são aqueles que o conseguem compreender do mesmo modo ou que o definem de um modo claro e conciso (BREZNITE *et al.*, 1982).

2.2. Conceito de stresse

O primeiro artigo escrito por Selye sobre o stresse tentou salientar que este não é um conceito vago, relacionado, de alguma forma, com o declínio comportamental e insatisfação e frustração com o mundo. É sim, um conceito biológico definível e um fenómeno médico cujos mecanismos podem ser objectivamente identificados, de forma a compreendê-los e a controlá-los, procurando tratamento para este distúrbio (SELYE, 1976). Selye acabou por construir um modelo teórico justificativo que denominou por Síndrome Geral da Adaptação, cujo intuito se baseou em compreender se a natureza deste fenómeno seria hormonal. Estabeleceu, assim, uma premissa de que existiam três estádios de adaptação e resposta do indivíduo a situações de stresse, nomeadamente, a reacção de alarme, a fase de adaptação ou resistência e a fase de exaustão. O stresse é conceptualizado, assim, como uma resposta inespecífica do organismo a qualquer exigência de adaptação, quer seja ela mental ou somática. Esta suspeita da função hormonal têm justificação, sendo que, em termos fisiopatológicos, diante da percepção de um agente stressor, o cérebro, por intermédio do hipotálamo, emite mensagens à glândula hipofisária para que liberte as hormonas responsáveis pela activação do sistema simpático (a adrenalina e a noradrenalina), ao mesmo tempo que inibe o sistema parassimpático. O hipotálamo segrega uma série de hormonas, além do factor segregador de corticotropina (CRF), que é responsável pela activação da hipófise. Esta por sua vez irá segregar a corticotropina que, na circulação, irá desencadear a libertação

de glicocorticóides pelas glândulas supra-renais, aumentando a glicose no organismo e o desequilíbrio de outras glândulas (CHROUSOS *et al.*, 1993).

Para SELYE (1976), o fundamental seria identificar a gravidade e a duração do agente stressor no indivíduo, pois, são esses factores que condicionam o fenómeno.

O Síndrome Geral da Adaptação

Para analisar este síndrome que tanto o intrigava, Selye, em 1936, e depois de inúmeras incertezas e interrogações, começou as suas pesquisas e investigações no departamento de bioquímica da Universidade de McGill em Montreal, verificando que a injeção de extractos impuros de glândulas nos animais de laboratório provocava no seu organismo, alterações inesperadas que não podiam ser justificadas com a função hormonal já conhecida (SELYE, 1978).

Selye definiu esta resposta, desencadeada por vários factores nocivos, como Síndrome Geral de Adaptação ou Síndrome de Stresse Biológico.

Como já foi referido acima, as três fases de resposta do organismo designam-se por reacção de alarme, fase de

adaptação e fase de exaustão. Na reacção de alarme, o organismo mobiliza todo o sistema imunitário e mecanismos de defesa para se defender. Aqui, o autor considera que poderão existir mais duas fases: a fase de choque e a fase de contra-choque. A primeira surge como uma reacção imediata ao estímulo ou factor nocivo e pode desencadear alguma sintomatologia, como, taquicardia, perda do tónus muscular, hipotermia ou hipotensão, a segunda, apresenta-se como uma reacção em que há mobilização de energia com aumento da produção de corticóides, podendo, surgir hiperglicémia (LEAL, 1998; LIPP, 2003).

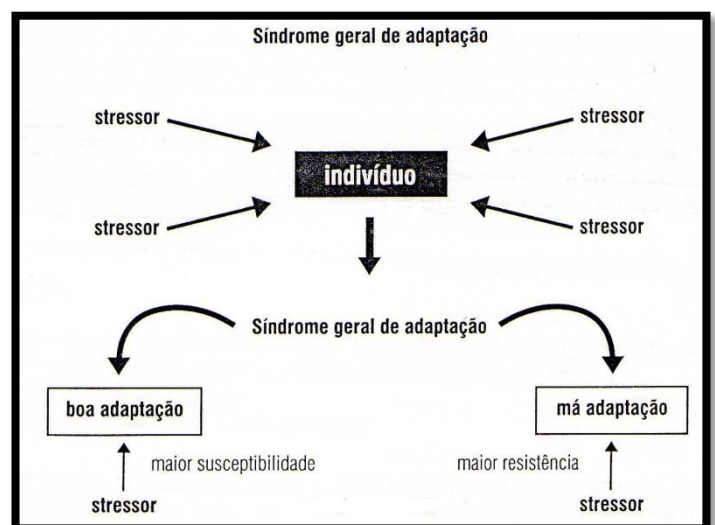


Figura 1 - Síndrome Geral de Adaptação (SELYE, 1936 citado por SACADURA-LEITE e UVA, 2006)

Na fase de adaptação ou resistência, o organismo reencontra o equilíbrio, predominando as reacções anabólicas e o equilíbrio dos níveis hormonais. De facto, nenhum organismo poderá manter-se, indefinidamente, na fase de alarme (LEAL, 1998; LIPP, 2003).

Por sua vez, a fase de exaustão manifesta-se quando a exposição ao agente nocivo é longa, ultrapassando a fase de resistência e de adaptação, esgotando estes mecanismos. Aqui os mecanismos de defesa são inexistentes e desprovidos de qualquer relevância, e por vezes, a única solução e resultado é a exaustão incapacitante do indivíduo e possível morte, indo de encontro a Selye quando afirma que *“só a morte é a libertação total do stress.”* (BOLANDER, 1998:337)

Existem muitas definições de stress mas algumas acabam por gerar alguma polémica e controvérsia. As que surgiram primeiro focavam-se no estímulo que actua sobre o organismo, e portanto sugeriam que uma situação poderia ser ou não stressante dependendo das características individuais da pessoa e do significado que a própria situação trazia ao indivíduo. A de Selye defendia que o fenómeno era baseado na resposta do organismo, independente do agente agressor. Esta incongruência levou alguns autores e psicólogos a desvalorizar o conceito e a abandonar o termo (LAZARUS *et al.*, 1985). Foi Lazarus, que em 1966, deu continuidade ao uso do termo stress, divergindo, contudo, dos autores que o entendem, simplesmente, como uma pressão de factores ambientais sobre o indivíduo. Lazarus considerou que a experiência de stress é determinada pela forma como a pessoa se sente ao lidar com um factor ameaçador, ou seja, se o indivíduo se sente inseguro em relação à sua resiliência, é provável que se sinta mais indefeso e vulnerável (COOPER, 1997).

Segundo este autor existe uma avaliação inicial ou primária protagonizada pelo indivíduo perante uma situação específica, podendo considerá-la irrelevante e não constituindo ameaça, ou ser até benigna e positiva para o seu bem-estar do indivíduo. Segue-se a avaliação secundária, onde o indivíduo avalia os recursos e alternativas existentes para responder à situação, como por exemplo, os aspectos físicos (saúde, energia, etc.), os aspectos sociais (suporte social e redes de apoio), os aspectos psicológicos (capacidade de resiliência e auto-estima) e aspectos materiais (infra-estruturas existentes e necessárias e capital). Após a utilização de todos estes

mecanismos, e da resolução da situação, há uma reavaliação de todo o processo, sendo o indivíduo o responsável por estimar os resultados obtidos face aos mecanismos utilizados, permitindo-lhe obter um resultado e comportamento mais favorável sempre que se deparar com a situação específica em questão (LAZARUS *et al.*, 1985).

Seguindo a mesma linha de pensamento, e sedimentando os conhecimentos de Lazarus, também, LEMOS (1995) defende que o stresse surge neste processo dialéctico, em que por um lado existe o paradigma da individualidade, em que intervêm factores biológicos, cognitivos, emocionais, comportamentais e traços da personalidade intrínsecos ao indivíduo e por outro, o paradigma da relação sujeito-meio ambiente.

Pode considerar-se, assim, o stresse como um fenómeno perceptivo proveniente da comparação entre o que é pedido à pessoa e a sua capacidade de resposta (SÁ, 2002).

Ainda LABRADOR, *et al* (1994), considera que a resposta individual ao stresse consiste num aumento da actividade fisiológica e cognitiva e na preparação do organismo para uma intensa actividade motora. Todas estas respostas que o indivíduo vai mobilizando, são interpretadas como uma melhoria na percepção das situações específicas e ameaçadoras, compensando com um processamento mais rápido e eficaz da informação disponível, facilitando a procura de soluções e selecção dos comportamentos adequados e ajustados à situação e suas exigências.

Muitos autores se debruçaram e se debruçam, actualmente, sobre esta temática, tendo surgido nos últimos anos uma panóplia de estudos desenvolvidos, contribuindo para a ideia unânime de que o stresse desempenha um papel primordial no desenvolvimento de doenças contemporâneas, nomeadamente, cardiovasculares e oncológicas (VAZ SERRA, 1999).

2.3. Tipos de Stresse

Embora esteja subjacente um significado negativo no termo stresse, a sua presença não tem necessariamente que ser nociva, uma vez que este é um fenómeno adaptativo que contribui para a sobrevivência dos seres vivos e para um desempenho eficaz nas várias esferas da vida. Pode sim, tornar-se prejudicial quando se torna excessivo e difícil de controlar. Ou seja, o facto de o indivíduo se deparar com momentos de stresse inofensivos, poderá ajudá-lo a exibir comportamentos mais adequados e tolerantes e gerar a sua própria maturação, tornando-se até positivo. Porém,

o contacto persistente com o stress oferece ao indivíduo a incapacidade de mobilizar recursos pessoais suficientes de adaptação, desencadeando manifestações já patológicas neste.

Neste sentido, Selye utilizou dois termos diferentes para designar stress, nomeadamente, o “eustress” ou bom stress, relativo às situações e experiências em que o stress tem resultados e consequências positivas, e que, de certo modo, se torna estimulante e o “distress” ou mau stress, referente às situações e experiências pessoais desagradáveis, com consequências negativas para a saúde e bem-estar psicológico (SEABRA, 1994; RIBEIRO, 1998).

Outros tipos de stress definem-se por stress sistémico ou fisiológico, relacionado, essencialmente, com as perturbações das estruturas orgânicas, stress psicológico, que ocorre quando há factores cognitivos que levam a uma percepção de ameaça, stress social, quando há perturbação de uma unidade social (LAZARUS, 1985) e stress agudo, quando surge limitado no tempo, despoletando no organismo uma resposta imediata de sobrevivência e stress crónico, que surge repetidas vezes, originando no organismo uma reacção de adaptação frequente (COHEN, 1985).

Stress Ocupacional

Actualmente, a necessidade de trabalhar como fonte de rendimento e equilíbrio económico faz com que a actividade laboral seja um factor e pilar importante na saúde e equilíbrio social de cada indivíduo. É sabido que a nível laboral, todas as condições em que o indivíduo desempenha uma função, como a adequação entre as exigências do cargo e as suas capacidades para o desempenhar, as relações interpessoais, a segurança física, a oportunidade de controlo, entre outros, são aspectos que têm grande importância para o bem-estar e saúde física e mental das pessoas (MARTINS, 1998).

O NIOSH (2006:6) define stress ocupacional ou stress profissional como “(...) *harmful physical and emotional responses that occur when the requirements of the job do not match the capabilities, resources, or needs of the worker*”. Ou seja, caracteriza-se pela interacção de todas as condições de trabalho com as características do trabalhador, que por vezes são de tal modo exigentes, que ultrapassam as capacidades e recursos deste (VAZ SERRA, 1999).

Na verdade, o stresse no trabalho é um dos factores que mais justificam o mal-estar geral do indivíduo, e o consequente humor deprimido, que por sua vez, pode trazer implicações negativas no seu ambiente familiar e com outras pessoas com que se relacione afectando a sua saúde física e mental (SÁ, 2002).

As características do indivíduo e as fontes potenciais de stresse no ambiente de trabalho são factores inerentes ao stresse profissional, cuja interacção podem determinar o comportamento desajustado da pessoa ou o aparecimento de doenças relacionadas com o stresse (COOPER e MARSHALL, 1982).

O stresse na actividade profissional é, assim, considerado, provavelmente, o maior problema de saúde no local de trabalho, e no campo da enfermagem, representa um aspecto inevitável desta profissão, qualquer que seja a sua especialidade (THELAN, 1996).

2.4. Factores de Stresse

Tudo o que provoca no organismo o síndrome geral de adaptação é, para Selye, considerado como factor ou agente de stresse (LEAL, 1998). Como já constatado, este fenómeno é resultante do processo interactivo entre o indivíduo e o meio, e por tal, não é possível predizer, de forma exacta, o impacto que um determinado meio exerce sobre o indivíduo sem saber o significado que esse meio representa para ele. O efeito do factor de stresse irá depender das variáveis mediadoras que pertencem ao indivíduo e não tanto, do próprio factor em si mesmo (OTERO, 1993).

Segundo BARSTOW (1980), citado por STACCIARINI (2001:18), uma fonte geradora de stresse é toda a *“situação ou experiência que gera sentimentos de tensão, ansiedade, medo ou ameaça, que pode ser de origem interna ou externa”*. Para além disto, e segundo LIPP (1996), citado por COSTA *et al* (2003:64), *“ (...) tudo o que cause uma quebra da homeostase interna, que exija alguma adaptação, pode ser chamado de um stressor.”*

De acordo com BOLANDER (1998), os factores de stresse são agentes ou forças que desafiam a capacidade de adaptação de um organismo ou pessoa a uma situação, produzindo uma tensão que vai determinar uma resposta ou reacção ao stresse.

Assim sendo, existem alguns que se podem caracterizar por:

Quadro 1 - Factores de Stresse (LEAL, 1998)

FACTORES	
Psico-Emocionais ligados ao stresse	<ul style="list-style-type: none">• Frustração• Insatisfação• Tédio• Medo• Esgotamento por cansaço• Fracasso ou êxito brusco• Insegurança económica• Insatisfação Profissional• Mau relacionamento com os colegas• Divórcio• Mudanças frequentes de meio ambiente• Alterações na qualidade e quantidade do sono• Trabalho por turnos• Doença e morte
Físicos	<ul style="list-style-type: none">• Doença física• Esgotamento Físico• Desequilíbrio do ritmo biológico (trabalho por turnos)• Ambientes térmicos desajustados (fraca ventilação e ruído)
Biológicos	<ul style="list-style-type: none">• Défice proteico, mineral e vitamínico• Excesso de alimentos açucarados, gorduras, sal, café e álcool

A maioria dos estudos que se debruçam sobre os factores de stresse considera, ainda, mais dois aspectos fundamentais, como a mediação do stresse (factores individuais e outros) e as manifestações de stresse. GLOWINKOWSKI (1986) enuncia, numa das suas investigações, que algumas fontes potenciadoras de stresse poderão ser os factores intrínsecos da profissão, o desenvolvimento da própria actividade profissional, as relações no local de trabalho, a estrutura e o clima organizacional, a progressão na carreira e suas limitações e a dicotomia trabalho-família.

2.5. Stresse e Doença

A relação entre stresse e doença é muito inconstante, sabendo-se que variáveis como o tipo de personalidade e os mecanismos de *coping* de cada pessoa, bem como as características da própria situação, influenciam o tipo de resposta metabólica que cada indivíduo vai apresentar.

Vários investigadores têm demonstrado que a resposta ao stresse é sempre neuroendócrina, e os seus efeitos biológicos e físicos são, somente, resultantes da activação e estimulação do sistema nervoso simpático e da acção das hormonas libertadas. Assim, é fácil compreender que os acontecimentos só contribuem para a doença se desencadearem reacções fisiológicas ou psicológicas negativas.

Neste contexto, surge o conceito de *coping* que se define como a forma como o indivíduo lida com o stresse. Para Lazarus a resposta ao stresse pode ser acomodativa ou manipulativa, ajudando a pessoa a moldar-se à situação e a ultrapassar os seus efeitos. O *coping* poderá ser efectuado de forma directa através de uma resposta manipulativa em que o indivíduo tenta alterar a sua relação com o acontecimento stressante (alteração do contexto ou afastamento do stressor); de procura de informação, em que o indivíduo tenta compreender a situação e prever acontecimentos relacionados com ela; de inibição da acção, em que o indivíduo não faz nada; e de forma acomodativa, em que o indivíduo se acomoda à situação stressante através da sua reavaliação, alterando o seu ambiente interno (medicação, álcool, técnicas de relaxamento, recorrendo a mecanismos de defesa, meditação, etc.) (FOLKMAN *et al* 1982).

2.6. Burnout

Nos últimos trinta anos, a história do *burnout* tem sofrido algumas modificações devido à contribuição dos estudos e novas investigações, que foram fulcrais para a evolução do conceito (SEABRA, 2008).

À semelhança do stresse e na sequência deste, foi também FREUDENBERGER, o primeiro autor a usar o termo *burnout*, simplesmente, para descrever um quadro de sintomas que ele acreditava ser típico dos profissionais de saúde (MASLACH, 1981). Esse termo deriva do verbo inglês *to burn out*, o qual tem como significado em língua portuguesa “queimar por completo” ou “consumir-se”. Este subvalorizado fenómeno

engloba, acima de tudo, quatro componentes: a exaustão emocional, a despersonalização, a escassa produtividade e a sensação de esgotamento. Para CORIN (1985), citado por GREBERT (1992), este fenómeno deve ser considerado como colectivo, sendo necessário abordá-lo com todas as suas implicações individuais, institucionais e socioculturais. Esta fase de trabalho exploratório contribuiu para a descrição do conceito, conjecturando-se como a fase pioneira.

Existem autores que descrevem as seguintes fases no desenvolvimento do *burnout*: a fase do entusiasmo, de grande motivação e de grande energia; a fase de estagnação, onde o entusiasmo laboral diminui, forçando o profissional a pensar nas suas necessidades, surgindo, fadiga; a fase de frustração, em que ocorrem pensamentos acerca do significado do trabalho e da sua importância, surgindo alterações comportamentais e somatização das queixas e por fim, a fase de apatia, em que o profissional, aquando da sua frustração com o trabalho, já não é capaz de o realizar adequadamente e inicia um quadro de descompensação e desequilíbrio psicológico (GREBERT, 1992). Para muitos, esta síndrome caracteriza-se pela perda do sentido da relação com o trabalho, onde este parece inútil ao indivíduo, e está, essencialmente, relacionado com o desempenho do profissional no seu local laboral. O *burnout* contribui, fortemente, para a diminuição da produtividade e efectividade das tarefas e redução da satisfação profissional e do compromisso com a profissão e com a organização (CODO, 1999).

Apesar de Freudenberg ter descrito o fenómeno e ter suscitado a concepção clínica do termo, outra autora como Christina Maslach, definiu o conceito sociopsicológico, tornando-se outra das grandes mentoras do termo *burnout*. O primeiro autor considerava o *burnout* como um estado, mas esta autora e a sua colega Susan Jackson consideraram-no como um processo que se desenvolve na interacção com o ambiente e características sociais, sendo esta teoria predominante sobre a anterior (DANTAS, 2003). Nos anos 80 decorreram uma série de investigações quantitativas, em várias populações, utilizando diferentes metodologias. Assim, as autoras supracitadas desenvolveram um instrumento intitulado de Maslach *Burnout Inventory* (M.B.I.) que tem sido bastante utilizado na mensuração deste fenómeno. Estas psicólogas definiram o *burnout* como um síndrome, caracterizado por cansaço físico e emocional, conduzindo a uma desmotivação laboral, e a um progressivo sentimento de fracasso e de inadequação (MASLACH *et al.*, 1996). Através dos seus estudos,

constatarem, ainda, que surge, associado, frequentemente, à exposição ao stresse crónico relacionado com a falta de condições de trabalho, sendo mais comum, nas profissões de ajuda, como medicina e enfermagem.

Para estas autoras existem três aspectos fundamentais neste síndrome sendo eles, o aumento do sentimento de exaustão emocional, a despersonalização e a baixa realização pessoal. A exaustão emocional caracteriza-se por fadiga intensa, falta de energia para enfrentar o dia de trabalho, pela sensação de que o grau de exigência ultrapassa os limites emocionais e pela incapacidade de fazer mais e melhor e de dar de si; a despersonalização caracteriza-se pelo distanciamento emocional e indiferença em relação ao trabalho e aos seus doentes (por vezes, é notório algum cinismo na comunicação); e por fim, a diminuição da realização pessoal que se expressa pela falta de perspectivas futuras, frustração e sentimentos de incompetência, fracasso e incapacidade de responder às exigências (VIEIRA *et al.*, 2006; ROSSI *et al.*, 2010).

Na verdade, a pessoa sente-se infeliz e insatisfeita com o seu desempenho no trabalho, pois os seus recursos emocionais estão consumidos, sentindo-se incapaz de responder ao nível psicológico. Os seus comportamentos, no ambiente laboral, passam por atitudes sarcásticas e cínicas para com as pessoas com quem trabalha, chegando a tratá-las como meros objectos impessoais (MASLACH *et al.*, 1996).

Na década de 90, verificaram-se novos contributos conceptuais, nomeadamente, de variáveis organizacionais. No que diz respeito ao instrumento já desenvolvido, o M.B.I., foram surgindo novas formas dirigidas e orientadas para novas ocupações, nomeadamente, o M.B.I.-HSS (M.B.I. - Human Services Survey) construído para avaliar pessoas que trabalham em serviços humanos e de saúde; o M.B.I. – ES (M.B.I. – Educators Survey) desenvolvido para avaliar ocupações relacionadas com a educação e a última versão, necessária para avaliar profissões que não estivessem directamente orientadas para pessoas, o M.B.I. – GS (M.B.I. – General Survey) (MASLACH *et al.*, 1996).

Quanto ao processo de desenvolvimento do fenómeno em estudo, alguns autores, como GOLEMBIEWSKI *et al* (1983) consideraram um modelo que previa que a síndrome se iniciava, primeiro, pela fase da despersonalização, em que o indivíduo ao justificar o seu mal-estar com as pessoas com quem lida, sentir-se-ia frustrado e incapaz, gerando algum desgaste emocional. LEITER *et al* (1998), por sua

vez, considerou um outro modelo de desenvolvimento onde preconiza que a ocorrência de uma dimensão precipita o desenvolvimento de outra. Indo ao encontro desta ideia, o processo de *burnout* inicia-se com o desgaste emocional devido aos factores stressantes existentes no contexto laboral, provocando a despersonalização (pelos mecanismos de defesa), em que o profissional procura o isolamento e fuga das relações interpessoais, levando à incompetência profissional.

Maslach e Jackson constataram que o *burnout* está associado a diversos factores, nomeadamente, à não identificação do indivíduo com o trabalho e as experiências laborais pouco significativas para este; a um desejo de abandonar o emprego ou, então, a dispor menos tempo para trabalhar com pessoas; a uma degradação das relações interpessoais, não só no ambiente de trabalho, mas também, no ambiente familiar e social; estando, ainda, associado a sintomas de stresse e a um maior consumo de aditivos (como álcool e ansiolíticos) (MASLACH *et al.*, 1996).

GARCÉS DE LOS FAYOS (2002), afirma que existe consenso entre os autores e investigadores actuais, ao assumirem este modelo de síndrome de *burnout* com base nas três dimensões supracitadas, frisando, ainda, que esta síndrome é, de facto, uma consequência de acontecimentos stressantes que predis põem o indivíduo a vivenciá-la, monopolizando os seus recursos, sendo sempre necessária a interacção intensa e/ou prolongada entre trabalhador e utente, para que o sintoma se produza.

BORGES *et al* (2002), referem, também, que esta realidade de stresse crónico, é patente, sobretudo em profissões que exigem um elevado grau de contacto com pessoas e os sintomas e sinais poderão caracterizar-se por exaustão física, psíquica e emocional, com diminuição da realização pessoal no trabalho e despersonalização, manifestadas quando há numa grande exigência de qualificação intelectual, com decisões importantes a serem declaradas pelos profissionais, que exercem a sua profissão há muitos anos, com carga horária excessiva e um ambiente potencialmente gerador de stresse.

Todavia, há que distinguir as aproximações conceptuais de stresse profissional e *burnout*, pois são termos com diferenciações importantes, isto é, compreende-se que qualquer profissional de cada segmento profissional possa apresentar ou estar exposto a stresse ocupacional, no entanto, e segundo os autores citados, só os profissionais vocacionados para o cuidar do outro estão susceptíveis ao *burnout*, no âmbito em que a

suas relações interpessoais são influenciadas, conduzindo a um prejuízo na prestação dos seus cuidados (CARVALHO e MALAGRIS, 2007).

Também, CARLOTO (2002) salienta a distinção ao referir que o *burnout* tem sempre um carácter crónico e negativo e está sempre relacionado com a actividade laboral, favorecendo a exaustão emocional e a despersonalização, o que não sucede com o stress ocupacional e a insatisfação no trabalho, embora possam estar relacionados. É importante mencionar, ainda, que este síndrome está relacionado com a actividade profissional e o ambiente em que é desenvolvida e não, somente, com a profissão desenvolvida. Ou seja, um profissional pode estar sob stress ocupacional, mas não manifestar todas as categorias importadas no *burnout*, como a despersonalização e a exaustão e incompetência.

Existem diversos estudos acerca de *burnout*, sendo a década de 80 a mais rica em pesquisas e investigações, centradas, essencialmente, nas profissões de ajuda, como, os professores, os médicos, os enfermeiros, os psiquiatras e psicólogos. Está descrito que nestas profissões, a exposição longa a factores stressantes conduzem a um esgotamento e a um desgaste, aniquilando as capacidades que existem de lhes resistir (GARCIA, 1990).

Sá (2002) constata que, o termo *burnout* não surge de uma construção empírica, mas sim, de um problema social, avistado na população em redor, podendo ter duas vertentes de estudo, a clínica (de Freudenberg) e a organizacional (de Maslach). Perscrutando esta última perspectiva no *burnout* como consequência da interacção desgastante entre indivíduo e ambiente ou contexto laboral, PINES e ARONSON (1989), salientam que este estado de esgotamento só pode ser experienciado e alcançado se os indivíduos apresentarem ideais de realização profissional muito elevados e grande ambição, motivação e investimento pessoal, que depois se sentem frustrados com os objectivos reais atingidos. Vários autores consideram que os profissionais repletos de idealismos, dedicados e criativos, mas que durante a conduta profissional, não são valorizados e apreciados, acabam por perder o significado daquilo que executam e sentir-se fracassados em relação a um objectivo e ideia que defendiam.

Em estudos contemporâneos, PEREIRA *et al* (2011) referem-se ao *burnout* como uma perda de energia que, habitualmente, surge quando a pessoa se sente esgotada, física e mentalmente. Para estes autores, uma pessoa que apresenta este

síndrome, evidencia sinais de distresse no seu comportamento habitual, sentindo ser quase impossível agir de forma normal e típica. Esta pessoa sente uma perda de identidade, questionando-se, constantemente, sentindo um vazio e uma incapacidade de agir.

2.6.1. Modelos da Síndrome de *burnout*

O desenvolvimento da teorização dos modelos sobre o *burnout*, durante estas três décadas, pode ser visualizado de diferentes perspectivas, dependendo do quadro de referências, compreensivo e explicativo deste conceito (NUNES, 2003). Já foi mencionado que a perspectiva clínica, enunciada por Freudenberger, designava o *burnout* como um resultado da interação humana entre profissionais empenhados, que trabalham sob imensas preocupações e pressões, e utentes muito necessitados. Aqui é identificado o problema somente no indivíduo e na relação com o outro, dispensando responsabilidade à natureza da profissão e à entidade empregadora (SEABRA, 2008).

Por outro lado, a perspectiva psicossocial, desenvolvida por Maslach e Jackson, enaltece o conceito de *burnout*, como multidimensional focado na relação social entre os indivíduos. Nesta relação, capaz de provocar exaustão emocional e despersonalização, o indivíduo tenta utilizar estratégias defensivas e de *coping*, estrangendo o envolvimento com os outros e distanciando-se. As exigências do trabalho, também, poderão impor uma barreira entre o indivíduo, fazendo-o sentir-se incapacitado para lidar com os outros e para desempenhar as suas funções (SEABRA, 2008).

Outros autores como LEITER (1991) concordam com esta última perspectiva, reforçando que os profissionais têm tendência para se distanciarem do trabalho, ao experienciarem exaustão emocional decorrente da exposição a situações stressantes. Numa outra perspectiva organizacional, CHERNISS (1993) citado por BURKE *et al* (1995), considera que determinadas características do trabalho interferem com as características do indivíduo e as suas expectativas, diminuindo todo o idealismo e aspirações existentes.

Maslach equacionou o modelo multidimensional da Síndrome de *Burnout*, interligando as três dimensões já referidas que o compõem, mas

valorizando a despersonalização e a realização pessoal, face à exaustão emocional. Todo este constructo multidimensional representa, holisticamente, a plenitude do fenómeno completo, mantendo-se as dimensões consistentes e relacionadas com as variáveis do trabalho (SEABRA, 2008).

Nesta representação é possível verificar que o nível de exigência e a sobrecarga no trabalho, o conflito pessoal, os recursos existentes ou inexistentes, o coping, o suporte social, a autonomia, as aptidões e o envolvimento na tomada de decisões, são valorizados como elementos antecedentes, e como elementos consequentes, surgem a insatisfação profissional e o absentismo, a deterioração da qualidade dos cuidados e serviços prestados, a disfunção pessoal, com implicações na saúde física e mental (MASLACH, 1996).

Este modelo afirma que existem múltiplas variáveis que interferem



Figura. 2 - Modelo Geral do *Burnout* (MASLACH, 1996)

em todo o processo de *burnout*, traduzindo-se em factores situacionais, como as características do trabalho (pressão, inexistências de recursos humanos e materiais, etc.), as características ocupacionais (desafios emocionais), as características organizacionais (hierarquia, carreira, etc.) e os factores individuais que concernem as características demográficas (sexo, idade, estado civil, etc.), as características de personalidade (percepção do risco, robustez, etc.) e as atitudes face ao trabalho (ideais futuros, valores, objectivos, etc.) (MASLACH, 2001). Como resultado da interacção entre todas estas variáveis, surge a influência, negativa, no desempenho profissional e na saúde do indivíduo e daqueles que o rodeiam, que acabam por ser contagiados também.

Como já referido anteriormente, o *burnout* tem características distintas do stresse ocupacional, e pode mesmo ser considerada uma “depressão

profissional”, que gera um desgaste espiritual e que exige um tratamento mais sistémico, invés de apenas o afastamento do ambiente stressor. De facto, a WHO (2007), no ICD-10, classifica com o código F.43, as reacções severas ao stress e as desordens de ajustamento ao stress, não se referindo, explicitamente, a síndrome de *burnout*, mas considerando que os transtornos reunidos, nesta categoria, podem ser compreendidos como respostas inadequadas a um stress grave ou persistente, interferindo com mecanismos individuais adaptativos e eficazes e que prejudicam o funcionamento e adaptação social.

2.6.2. Sinais e sintomas de *burnout*

A detecção precoce de sintomas de *burnout* e a sua intervenção são fundamentais para reduzir o impacto que este fenómeno pode provocar na pessoa e na estrutura organizacional onde trabalha (MASLACH, 2003 citado por LERNIHAN, 2010).

A comunidade científica tem vindo a avaliar a problemática do *burnout* e a sua sintomatologia inerente, e, desde Freudenberger até Shaufeli enumeraram-se cerca de 130 sintomas possíveis, que se organizaram em cinco grupos, nomeadamente, o afectivo (mau-humor e exaustão emocional, etc.), o cognitivo (défices de memória e dificuldade de concentração, etc.), o físico (cefaleias, perturbações gástricas, etc.), o comportamental (baixo nível de desempenho, etc.), e ainda, o motivacional (perda de ideais, frustração, etc.) (SÁ, 2002).

Contudo, SHAUFELI (1998) defende e ressalva que a sintomatologia do *burnout* não pode resumir-se, unicamente, a sintomas a nível individual pois também são visualizados sintomas de carácter interpessoal, com os utentes e colegas de trabalho (irritabilidade, desumanização e até indiferença), bem como, sintomas a nível organizacional, como a insatisfação com a profissão e tarefas desempenhadas, as transferências constantes de local de trabalho e o absentismo.

Assim, para este autor, e para o *burnout* ser visualizado como um processo deve definir-se como um estado de espírito negativo persistente, associado ao trabalho, e que se caracteriza, essencialmente, pela exaustão emocional, depressão, diminuição da eficácia, desmotivação e desenvolvimento

de atitudes e comportamentos disfuncionais no local de trabalho, em indivíduos que não apresentem qualquer tipo de antecedente psicopatológico.

Nesta síndrome, a presença de um componente pode precipitar a ocorrência de outro, ou podem mesmo desenvolver-se, simultaneamente, visto serem reacções a diferentes factores do ambiente laboral. Vários estudos demonstram a existências de responsáveis pela catalisação do fenómeno, como, as características pessoais e as características do trabalho, como já referido, anteriormente.

Quanto às características pessoais de cada indivíduo, surge a **idade** (maior incidência em indivíduos jovens, com menos experiência profissional, mais insegurança e contraste entre ilusão e realidade); o **estado civil** (divergências em alguns autores, ao considerarem o desenvolvimento da síndrome associado à instabilidade de um companheiro fixo ou à qualidade das relações maritais); os **filhos** (para alguns autores a existência de filhos equilibra o bem-estar do profissional, para tantos outros, desestabiliza); o **género** (maior incidência no sexo feminino, relacionado, talvez, com as duplas tarefas a que estão sujeitas); as **habilitações literárias** (alguns autores referem que os profissionais com mais habilitações tendem a apresentar mais facilmente este síndrome devido às falsas expectativas e à desilusão); a **personalidade**; a **personalidade resistente aos stressores** (capacidade de ultrapassar os desafios); o **neurotismo** (predisposição para a depressão, ansiedade, angústia e instabilidade emocional); o **sentido de coerência** (posição relativa às adversidades da vida); a **motivação** (grande motivação no trabalho, mais propensão para *burnout*); e por fim, o **idealismo** (grande idealismo, grandes expectativas e consequente síndrome) (CARLOTTO, 2001).

Quanto às características do trabalho, menciona-se o **tipo de trabalho** (maior incidência do fenómeno em profissionais com funções de ajuda) e o **tempo de profissão** (existe um desgaste dos mais antigos e daí o *burnout*, ou dos mais novos por excesso de ambição).

2.6.3. Burnout, stresse e depressão, que relação?

Os conceitos de *burnout*, stresse e depressão, têm sido comparados ao longo dos estudos científicos e contemporâneos (MENDES, 1997). Na verdade, o stresse, e como já mencionado nos capítulos anteriores, é considerado como um termo que se refere aos processos temporários de adaptação, acompanhado por sintomas físicos e psicológicos. Contudo, e por outro lado, o *burnout* pode ser o desequilíbrio ou falha na adaptação, a longo prazo, de um stresse ocupacional intenso. De salientar que no stresse profissional, não se desencadeiam, obrigatoriamente, comportamentos disfuncionais para com os utentes, colegas e organização (SÁ, 2002).

No que diz respeito à depressão, existem alguns estudos que tendem a correlacioná-los, na medida em que os indivíduos que apresentam maiores índices de *burnout* tendem a desenvolver quadros depressivos (QUEIRÓS, 1997). Contudo, outros autores conseguem distingui-los com facilidade, ao caracterizarem o síndrome depressivo pela existência de opressão, letargia, apatia e culpabilização, o que não acontece com o *burnout*, em que os indivíduos afectados relatam as suas queixas com mais vigor, mas com frustração e desapontamento, e associam o aparecimento destes sentimentos ao meio laboral e à profissão e não, ao meio afectivo, familiar ou outras esferas da vida da pessoa (SHAUFELI, 1999).

2.6.4. Importância da avaliação do burnout

Os estudos acerca do stresse ocupacional e consequente *burnout* têm crescido significativamente, assim como o contributo que estes fenómenos oferecem para o sucesso ou falência da organização. Também é importante referir, que em específicas situações, a organização pode ser responsável legalmente pelo impacto físico e mental do *burnout* nos empregados (COOPER *et al.*, 1987).

Nos dias de hoje, a validade da pesquisa do *burnout* no meio profissional, pode ser examinada em três fases: nas actividades pré-estudo da investigação, onde existe uma preocupação com os critérios, normas ou valores utilizados na identificação e selecção dos elementos e relações; nas actividades da

investigação, em que as preocupações com a validade consistem na correspondência entre o número de conjuntos de elementos e relações entre os domínios; e por fim, nas actividades pós-estudo da investigação, que abrangem a robustez e a generalização dos significados inferidos a partir dos resultados do estudo. Estas três fases da investigação integram o significado básico de validade. Há que ter em conta que as entrevistas e os questionários intrometem-se como elementos estranhos no contexto social de cada indivíduo, podendo provocar funções atípicas e respostas limitadas àqueles que irão cooperar com o processo, podendo influenciar a consciência dos participantes em todo o processo de medição. Se o entrevistado ou participante estiver coagido a fornecer todas as informações e dados, que diferem daqueles que se obteriam caso não estivesse impelido num processo de mensuração de stresse e *burnout*, todos os efeitos contaminantes serão detectados nas respostas e nos resultados (BRINBERG e McGRATH,1982).

Muitos autores consideram o *burnout*, um fenómeno de difícil mensuração, e por tal, várias têm sido as estratégias utilizadas para melhor o considerar e incluir como consequência frequente da insatisfação profissional. Daí, foi proposto um esquema para utilizar alternativas de instrumentos de medida no stresse ocupacional e consequente *burnout*, em que são englobados os dados reportados por cada indivíduo (através dos tais questionários ou entrevistas), os dados analisados psicológica e fisicamente e os dados discretos, que são aqueles observados pelo investigador (COOPER, 1987). Daqui, surgem alguns indicadores importantes e fidedignos para toda a avaliação deste processo, nomeadamente, o absentismo, o aumento do consumo do tabaco e bebidas alcoólicas e alguns testes fisiológicos, como a colesterolémia, a tensão arterial, a actividade cardíaca e as catecolaminas na urina, que são dados objectivos considerados mais fiáveis que os dados reportados pelos próprios trabalhadores (COOPER,1987).

O desenvolvimento de programas anti-stresse e gestão do mesmo serão uma mais-valia para a organização e saúde e bem-estar dos seus trabalhadores, mas só serão salutarese se forem eficazes e baseados em modelos teóricos que utilizem instrumentos de medição do fenómeno. Esta deverá ser a razão principal para se dar continuidade à investigação desta área, trazendo impacto

para as administrações e gestões das organizações , com o profissional como principal beneficiador (KASL *et al.*, 1987).

2.6.5. Estratégias de Prevenção e Intervenção no *Burnout*

BLOEMHOFF *et al* (1993) referem que o número de trabalhadores europeus que estão sujeitos a elevadas pressões no seu local de trabalho é impressionante. Na verdade, em cerca de 130 milhões de trabalhadores, na União Europeia, 10 milhões são vítimas, anualmente, de acidentes no trabalho ou doença resultantes da sua profissão.

Em Portugal, aproximadamente, 8% de todo o tempo de trabalho é gasto, anualmente, por motivos de doença inerente ao trabalho (KOMPIER *et al.*, 1999) e é estimado que metade do absentismo está relacionada com o stresse (SCHABRACQ *et al.*, 1996). Um estudo intensivo, desenvolvido pela Fundação Europeia, numa população representativa de 15.800 trabalhadores de quinze estados membro da União Europeia, revelou que 57% dos trabalhadores europeus sentem que a sua saúde é, negativamente, afectada pelo seu trabalho e, aproximadamente, 28% sentem que este ameaça a sua saúde e a sua segurança (PAOLI, 1997). Segundo o mesmo autor, o stresse ocupacional e consequente *burnout*, é mais prevalente em países do Sul da Europa, como Itália, Espanha e Portugal.

Na esfera institucional, os efeitos do *burnout* são notáveis tanto na diminuição da produção como na qualidade do trabalho executado, no aumento do absentismo, na alta rotatividade, no aumento de acidentes ocupacionais e na visão negativa da instituição, denegrindo a imagem desta, tendo como resultado importantes prejuízos financeiros (BENEVIDES-PEREIRA,2003).

Seguindo esta ideia, a OMS em 1995, decidiu estabelecer linhas orientadoras para os diferentes países, direccionadas para o funcionamento e a legislação dos serviços de segurança e saúde ocupacional. Um dos seus objectivos seria formar equipas multidisciplinares, com o intuito de promoverem o bem-estar do indivíduo, da organização e da sociedade e prevenir o absentismo.

Na perspectiva da saúde pública, a prevenção caracteriza-se pela intenção de evitar algo indesejável, considerando a existência de diferentes etapas, simultâneas às do desenvolvimento das doenças, e tendo com objectivo reduzir, parar ou inverter a progressão da mesma, identificando-se quatro níveis de prevenção:

- Primordial, cujo objectivo é “(...) evitar a emergência e o estabelecimento de padrões de vida sociais, económicos e culturais que possam contribuir para um elevado risco de doença” (BEAGLEHOLE *et al.*, 95:2003).
- Primária, que se baseia em “(...) limitar a incidência de doenças controlando as causas e os factores de risco” (BEAGLEHOLE *et al.*, 96:2003).
- Secundária, que visa “(...) curar os doentes e reduzir as consequências mais importantes da doença através do diagnóstico e tratamento precoces.” (BEAGLEHOLE *et al.*, 100:2003). E por fim,
- Terciária, cujo intuito é “(...) reduzir a progressão ou as complicações de uma doença já estabelecida, constituindo um importante aspecto da terapêutica e da reabilitação médica.” (BEAGLEHOLE *et al.*, 101:2003).

A prevenção é, assim, um tema bastante complexo e imensamente vasto, mas que permite e obriga, no campo do stress ocupacional e do *burnout*, que o indivíduo, serviços de saúde, organizações e governos e suas políticas, o reconheçam como um problema emergente!

A European Agency for Safety and Health at Work (2002) afirma que as directrizes europeias, e consequentemente, portuguesas, responsabilizam as entidades patronais por assegurar que os seus trabalhadores não sejam prejudicados pelo stress profissional e resultante *burnout*, tentando preveni-lo, avaliando os riscos existentes de stress e identificando a vulnerabilidade e susceptibilidade de cada um, diminuindo e eliminando-os, através de estratégias adequadas.

Os estudos acerca da qualidade de vida no trabalho têm contribuído para alertar as organizações quanto à importância de melhorar as relações pessoais entre os trabalhadores e a gestão do trabalho no ambiente laboral, com o intuito

de minimizar os agentes stressores e aumentar o bem-estar do indivíduo. Para ALBRECHT (1988) existe um método duplo de abordagem ao stress ocupacional, de forma a mantê-lo em níveis compatíveis com a saúde humana, não progredindo para o esgotamento total, designando-se por método educacional e método técnico. O primeiro visa ensinar o indivíduo a adoptar algumas qualidades que o ajudem a reduzir os seus níveis de stress e a sua resiliência aos agentes stressores, mantendo o equilíbrio físico e emocional. O segundo refere-se à reorganização dos processos de trabalho e ambiente laboral, tentando adquirir o equilíbrio entre as variáveis satisfação e os agentes stressores no trabalho.

Vários autores sugerem um planeamento das estratégias de promoção a partir de um diagnóstico situacional, envolvendo a instituição de forma a conciliar as acções focalizadas tanto na organização e gestão do trabalho, como na capacitação do indivíduo para enfrentar as adversidades (SHAUFELI, 1998).

Apesar de existirem diversas vantagens, para a organização e seus profissionais, ao adoptar estas estratégias de combate ao stress, existem algumas dificuldades no seu desenvolvimento, e isto porquê? Alguns autores consideram que os valores da entidade empresarial e as suas atitudes dificultam todo o processo, pois culpabilizam os indivíduos pelas suas características e personalidade e a sua vida familiar como causa do absentismo, baixa produtividade e ausência de responsabilidade/comprometimento no trabalho (KOMPIER e KRISTENSEN, 2003). Para além disto, também consideram que existem actividades profissionais mais stressantes que outras, influenciando a redução dos agentes e que existe dificuldade em desenvolver estudos de intervenção e de avaliação, metodologicamente, válidos, num contexto organizacional, pois iria expor a empresa a auditorias e investigações externas, comprometendo a sua imagem (KOMPIER e KRISTENSEN, 2003). Todo este comportamento organizacional a que se assiste, principalmente no meio hospitalar, revela alguma incongruência pois pretende-se oferecer cuidados de saúde à população, ao doente, mas não se tenta preservar a dos profissionais que os cuidam.

Na verdade, todos os métodos existentes para prevenção do stresse oferecem benefícios e limitações, mas constata-se que são efectivos na redução deste e consequente *burnout*, apesar de subsistirem algumas dificuldades na sua implementação em ambientes diferentes (CHANG *et al.*, 2005). Assim sendo, há modelos fundamentados que estão direccionados para o indivíduo e para a organização.

No que diz respeito às estratégias que focam o indivíduo, SAUTER e MURPHY (2005) consideram o treino da assertividade, da resiliência, da comunicação, do relacionamento interpessoal e auto-estima como intervenções que visam promover as suas características pessoais. Nos profissionais de enfermagem, CLAUS *et al* sugeriram, em 1980, um plano de treino composto por exercícios, técnicas de relaxamento, dieta, massagem, desenvolvimento de habilidades de comunicação, autoconfiança e espírito de equipa, resolução de conflitos e conhecimentos e capacidades de adaptação ao ambiente físico em que trabalham.

Estes autores recomendaram, ainda, o desenvolvimento de programas de educação sobre stresse e estratégias de *coping* individuais, de forma, a minimizar as repercussões negativas do stresse mental nos profissionais.

No que diz respeito às estratégias vocacionadas para o ambiente organizacional, alguns autores referem a utilização de questionários e inventários de *burnout*, e o *empowerment* e capacitação dos profissionais, constatando que a criação de um ambiente de trabalho que ofereça autonomia e poder, é um caminho promissor para a redução do *burnout* (CLAUS *et al.*, 1980).

Estas estratégias são um ganho em saúde para as organizações e não trazem limitações e dificuldades na sua implementação visto poderem ser implementadas de forma rápida e sem grande alteração das rotinas de trabalho e ser planeadas de acordo com as necessidades do grupo profissional, contribuindo para o controlo de problemas extra-trabalho (MURPHY, 1984). O único inconveniente demonstrado consiste no planeamento dos programas para, somente, capacitar os profissionais a enfrentar os agentes geradores de stresse e não a reduzi-los ou mesmo eliminá-los.

Na oncologia, especificamente, o contacto contínuo com o sofrimento e com a morte, inerente a esta área, confronta os profissionais do cuidar com a sua própria fragilidade, finitude e mortalidade. Nesse sentido é fundamental que estes profissionais se tornem capazes de uma auto-reflexão e auto-monitorização do seu bem-estar físico, psicológico e emocional. Estas capacidades pessoais são consideradas, por médicos e enfermeiros portugueses, como estratégias activas para prevenir o *burnout* (PEREIRA ET AL., 2011). Outras estratégias podem ser: conversar com um colega de confiança, reservar um período de tempo para a reflexão individual e pessoal e criar reuniões de equipa para partilhar emoções e sentimentos. A interdisciplinaridade é então, a pedra angular para providenciar suporte afectivo e significativo entre todos.

2.7. A Profissão de Enfermagem

Como refere HADDAD, M. (2000), a enfermagem é uma profissão maioritariamente feminina que está relacionada com o cuidar do outro. SILVA (1986) descreve que na sua etimologia, a palavra enfermagem, surge do termo *nurse*, que significa aquela que nutre, que cuida, que assiste. Em português, o termo enfermeira é designado para pessoas que cuidam dos *infirmus*, ou dos enfermos, de pessoas doentes. Sendo assim, e com estas características, o trabalho de enfermagem foi executado até ao final da Idade Média, por religiosas, viúvas, virgens e nobres, tendo como objectivo fulcral, a caridade.

Na Europa, até ao início do século XIX, o cuidar de pessoas doentes não era reconhecido como trabalho ou como profissão, que exigisse prática e treino específico para a sua realização. Foi a partir de 1854, com Florence Nightingale, uma nobre dama inglesa que serviu na guerra da Crimeia como voluntária nos hospitais militares ingleses em pleno campo de guerra, que este cuidado começa a ter cariz profissional, iniciando-se a profissionalização da enfermagem (SILVA, 1986).

Em 1860, em reconhecimento ao trabalho de Nightingale, o governo inglês financiou a organização da primeira escola para formação de profissionais de enfermagem, já estabelecendo separação entre enfermeiras administradoras e enfermeiras prestadoras de cuidados (SILVA, 1986).

Para GRAÇA (1996), Portugal apresenta uma escassez de informação relativa à perspectiva histórica da evolução da profissão de enfermagem, mas sabe-se, no entanto, que em pleno Séc. XIX já era frequente o recurso aos serviços de enfermeiras por parte das famílias nobres e burguesas mais ricas e notáveis. De acordo com FERREIRA (1986) citado por GRAÇA (2000), os primeiros cursos de “enfermagem científica” datam de 1881, 1886 e 1887 nos Hospitais de Coimbra, Lisboa e Porto, respectivamente, manifestando a necessidade de formar pessoal qualificado nesta área.

Sendo assim, e segundo BORSOI e CODO (1995), a arte de cuidar tornada profissão deixa de ser realizada com base na afectividade expressa, voluntária e espontânea, para ser desempenhado por pessoas preparadas para auxiliar na recuperação da pessoa doente e assisti-la na sua dor. Deste modo, ao remunerar-se um cuidado prestado, é exigida qualidade e para tal é necessário além do domínio das técnicas, afectividade expressa, devoção e generosidade em relação à pessoa que precisa de cuidados. O trabalho de enfermagem acaba, então, por ser direccionado para um cuidar holístico do doente, exigindo uma fragmentação de funções de forma a melhorar a organização e a produtividade do serviço, especializando os profissionais em tarefas específicas. Este aspecto introduz alguns elementos contraditórios na relação do cuidar entre profissional e doente, pois se por um lado, a prestação de cuidados exige a expressão de afectuosidade, lidando-se com a dor e dependência e intimidade da pessoa doente, por outro lado esse cuidado oferecido é mediado por alguns factores inter-relacionados e interferentes, como, o salário (fonte de sobrevivência do trabalhador), o fantasma da perda do doente e a obrigação de se mostrar sempre profissional e congruente defronte deste (HADDAD, 2000).

Os profissionais de enfermagem prestam os seus cuidados a pessoas de todas as faixas etárias, independentemente, da visibilidade da sua doença, da especificidade da situação clínica, da aparência e personalidade de cada doente enquanto pessoa, com o intuito primordial de aliviar o seu sofrimento e por tal, a enfermagem tem que ser especializada naquilo que faz, utilizando técnicas adequadas e específicas a fim de provocar o mais bem-estar possível e conforto à pessoa que sofre. Contudo, infelizmente, a dinâmica do trabalho de enfermagem não leva em consideração os problemas do profissional, na medida em que cada indivíduo enfrenta dificuldades de toda a ordem, na sua rotina diária, dentro e fora do local de trabalho, mas que são menosprezadas pelos superiores hierárquicos, pois do profissional só se espera

tranquilidade e serenidade e não a expressão e manifestação dos seus dissabores junto do doente.

Citando DEJOURS *et al* (1994:145), "*a organização do trabalho exerce sobre o homem uma acção específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projectos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora.*" Para completar este pensamento, os autores BELAND e PASSOS (1978), defendem que as necessidades individuais de cada profissional de enfermagem e a sua ansiedade e incapacidade em relação às circunstâncias com as quais se depara no seu quotidiano ocupacional, prejudicam a sua relação terapêutica com o outro, podendo causar-lhe sofrimento e angústia.

Numa perspectiva contemporânea, a Enfermagem engloba o diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas reais e potenciais de saúde cuja intervenção maior se prende no cuidado ao outro e na promoção da autonomia nas suas actividades de vida diárias, onde o enfermeiro se responsabiliza pelo exercício da sua profissão e da defesa do seu papel (BATISTA, 2008).

Para COLLIÉRE (1999), cuidar é um acto de vida, cujo fim, é possibilitar à vida continuar a desenvolver-se. É, deste modo, a garantia da satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à mesma e implica que haja um envolvimento emocional e/ou um sentimento empático para com a situação do doente.

Na verdade, não há disciplina ou profissão que esteja mais intimamente envolvida e tão direccionada para o acto de cuidar, com todas as suas implicações comportadas e é compreensível que assim seja uma das áreas que apresenta maiores riscos de desenvolver *burnout*. De acordo com KLEINMAN (1998), citado por COSTA *et al* (2003), este fenómeno pode atingir diferentes profissões, em qualquer faixa etária, mas as profissões que exigem um intenso contacto com pessoas, as chamadas "profissões de ajuda", entre elas a enfermagem, são as que apresentam maiores índices de *burnout*.

São vários os autores que referem que os enfermeiros experimentam elevados níveis de stresse e *burnout* no exercício na sua profissão, sendo de entre os vários

grupos profissionais, aqueles que apresentam maiores índices de absentismo e que mais frequentam as consultas de psiquiatria (VAZ SERRA, 1999).

PINES E MASLOCH (1978), citados por MITCHELL (1998) referem-se ao *burnout* como uma resposta negativa ao stress crónico, com implicações não só a nível da saúde e bem-estar dos próprios enfermeiros, mas também no seu desempenho profissional e consequentemente na qualidade dos cuidados que prestam aos doentes.

Na verdade, o termo cuidar, é movido de grande complexidade, pois, apesar de ser algo inerente e inseparável da natureza do ser humano, é muito difícil de conduzir, trazendo consigo outras implicações de maior importância como a atenção e preocupação com o doente, a responsabilidade para com o outro e o sentido de ligação de afeição, carinho e simpatia. Para GAMBOA (1997), cuidar não é, simplesmente, uma acção única ou um conjunto de procedimentos técnicos ou qualidades humanas, mas sim, o resultado de todo um processo no qual se conjugam sentimentos, valores, atitudes e pressupostos científicos com o intuito de ajudar e beneficiar alguém.

WALDOW (1998) refere mesmo que cuidar é um processo a ser desenvolvido pelo cuidador, reflectindo as suas próprias crenças e valores em relação às dicotomias vida-morte, saúde-doença e cuidados-cura, devendo ser algo investigado e pesquisado no interior de cada profissional.

O quotidiano hospitalar é gerador de sofrimento psíquico para os enfermeiros e outros profissionais da área da saúde, sendo identificado por alguns autores, como um local onde o trabalho é penoso e insalubre para toda a equipa multidisciplinar envolvida. O facto de se lidar com a dor do outro, com o sofrimento, com a morte e perdas e com a baixa remuneração, propicia ao desenvolvimento de desgaste emocional, físico e mental e consequente, *burnout* (AVELLAR *et al.*, 2007).

Infelizmente, e embora a Enfermagem tenha sido classificada pela Health Education Authority (COOPER *et al.*, 1990) como a quarta profissão mais stressante, só nos últimos anos se tem assistido a maiores pesquisas e investigações neste sector da saúde, com alguma incidência aos seus problemas associados. De facto, esta profissão tem sido um pouco negligenciada, sendo evidente o esforço colectivo dos enfermeiros para se afirmarem profissionalmente, com pouco apoio e compreensão de outras classes.

2.8. Enfermagem Oncológica

Para MENZIES (1983), a profissão de enfermagem sofre um total impacto do stress que advém dos cuidados dos doentes. Este constante contacto directo com pessoas vulneráveis e fragilizadas, a incerteza da recuperação do doente, o lidar com doenças paliativas e incuráveis e a execução de tarefas desgastantes e agressivas geram um ambiente de stress e de desequilíbrio emocional no enfermeiro. Numa unidade oncológica, estes factores estão, marcadamente, presentes e o aparecimento de *burnout* é quase inevitável.

Uma equipa de enfermagem direccionada para o cuidar de um doente oncológico requer conhecimentos, capacidades e responsabilidades, devendo as intervenções estar direccionadas para o doente e sua família, bem como, outras pessoas significativas, abrangendo todas as suas dimensões, física, emocional, social e espiritual (STUMM, E. *et al.*, 2008). Infelizmente, o cancro ainda é hoje compreendido como um diagnóstico de morte, de um caminho de sofrimento e agonia, cabendo, ao enfermeiro conceptualizar as suas considerações acerca desta doença, de forma a estabelecer estratégias de ajuda e de desmistificação, podendo oferecer um cuidar adequado e eficaz, que minimize o sofrimento de todos os envolvidos.

Num estudo de POPIM e BOEMER (2005), acerca do cuidar em Oncologia, foi identificado que embora haja a necessidade, por parte dos enfermeiros, de um conhecimento técnico-científico alargado e especializado nesta área, há também, a presença da habilidade na relação de ajuda e em valores éticos, que podem ser desencadeantes do sofrimento psíquico. São inúmeros os mecanismos de resiliência mobilizados pelos enfermeiros para controlarem as suas emoções e minimizarem a ansiedade, todavia, embora eficientes, esses mecanismos são frágeis, principalmente quando se está defronte de situações que envolvem doenças estigmatizantes e, muitas vezes, incuráveis, como o cancro.

Os profissionais de enfermagem são, de facto, aqueles que acompanham o doente em toda esta caminhada, assistindo a um misto de reacções e confrontações por parte deste, devendo demonstrar presença, flexibilidade, disponibilidade, coresponsabilidade, partilha de sentimentos e emoções, conhecimentos e solidariedade (STUMM, E. *et al.*, 2008). Apesar do espírito negativista inerente a esta situação clínica, é primordial compreender, como defende STUMM, E. *et al* (2008), que “*cuidar*

de pessoas com cancro é trabalhar com vida, não importando o tempo de que a mesma dispõe (...)”, e logo, os profissionais e suas acções de enfermagem deverão ser integrais, participativas e resolutivas, exigindo que detenham conhecimentos técnicos e científicos e habilidades na relação interpessoal.

Para CHAVES, E. (2008), devido a toda a complexidade inerente aos cuidados a doentes oncológicos, vários estudos, apesar de insuficientes, têm abordado os problemas e adversidades que os profissionais envolvidos têm que enfrentar, com mais ênfase nos de enfermagem. A prática da enfermagem nesta vertente exige um maior controlo mental e da actividade e intervenções em comparação com outras áreas, isto porque, implica uma doença crónica, uma doença terminal, em que muitas vezes não existe tratamento disponível ou eficaz, exigindo do enfermeiro cuidados prolongados junto da pessoa e seus familiares, criando alguns laços. As vivências destes profissionais no seu dia-a-dia com estes doentes obriga-los a reprimir algumas emoções e pensamentos, podendo ser esgotantes e cansativas para estes, exigindo sucessivas estratégias de *coping* e resiliência individual, de forma a protegerem a sua saúde física e mental.

Perante um diagnóstico de doença oncológica, o doente pode manifestar uma panóplia de sentimentos e emoções, que passam por medo, ansiedade, negação, intolerância e desesperança e a equipa de enfermagem, sendo aquela que está mais próxima do doente e o acompanha nesta caminhada, tem a preocupação e o dever de prestar apoio emocional ao indivíduo e sua família e de compreender as suas necessidades e receios, durante todo o processo de doença (LEITE *et al.*, 2008).

A investigação clínica em Oncologia tem demonstrado grandes avanços, o que pressupõe tratamentos de quimioterapia mais complexos e mais vastos. Os enfermeiros são responsáveis por assegurarem que a quimioterapia é administrada com segurança, tentando, ainda, que os doentes cooperem, física e psicologicamente, com os seus tratamentos (SUMMERHAYES, 2003).

É exigido aos profissionais de enfermagem confiança e sedimentação, nos seus conhecimentos científicos, competência e destreza técnica com o fim de efectivar os seus cuidados para com o doente oncológico e que é adquirida com a experiência clínica e formação contínua. Apesar dos enfermeiros surgirem com mais competências para desempenhar este papel, existem poucos estudos motivados para conhecer as suas

experiências, atitudes e sentimentos em relação à tarefa de administração de citostáticos (VERITY, 2008).

Alguns autores referem que os profissionais de enfermagem têm que adoptar uma abordagem positiva durante o tratamento dos doentes, para que estes o sintam como eficaz. Contudo, há estudos que demonstram que também há tendência para os enfermeiros deterem uma atitude negativa e de desesperança defronte da doença do doente e seu tratamento (WHERNEY-TEDDER, 1997).

Num estudo realizado por FALL e ROSE (1999), verifica-se que alguns enfermeiros sentem que cuidar de doentes oncológicos, tanto pode ser demasiado stressante, como gratificante. Ou seja, as recompensas podem surgir de uma forte relação de ajuda construída durante todo o processo de tratamento, mas a administração de citostáticos e confrontar os doentes com os seus efeitos adversos, muitas vezes, intensos, causa bastante angústia e sofrimento ao profissional. Um outro estudo monitorizado por MCILFATRICK *et al* (2006), identificou enfermeiros que reportaram alguns aspectos positivos e negativos nesta interacção, nomeadamente, o desafio de adquirir novas competências e uma percepção diminuída do seu papel de cuidador. Por outro lado, e apesar de não estar totalmente esclarecida, uma das muitas razões para os enfermeiros experienciarem mais situações de stress e apresentarem *burnout*, refere-se à manipulação constante de citostáticos (BARRACLOUGH, 1994). Os efeitos dos tratamentos (se o local de trabalho não apresentar as devidas condições de higiene e segurança), os doentes mal-informados e isentos de literacia e as próprias lacunas existentes relativas a alguns fármacos, são factores potenciadores de stress para este grupo profissional.

VERITY (2002) encontrou, também, um número significativo de enfermeiros com algumas preocupações específicas, que incluem, a administração de quimioterapia de noite, e ainda a falta de pessoal quando o rácio de doentes é elevado. Facilmente se compreende que para serem prestados cuidados com qualidade, é imprescindível que, quem os pratique, esteja física e mentalmente saudável, motivado e satisfeito com o seu trabalho, o que nem sempre acontece. KANAANE (1994), considera que, um indivíduo inserido num contexto organizacional, como é o caso de um hospital, está sujeito a diversas variáveis e agentes que influenciam directamente o seu desempenho.

Relativamente aos riscos de exposição química e quanto à administração de citostáticos, sabe-se que são carcinogénicos, mutagénicos e teratogénicos, contudo, para os profissionais de enfermagem, que os manipulam e administram, estes efeitos só são valorizados como sendo um risco para a saúde destes, dependendo do tempo, dose e rotinas de exposição sabendo já de antemão, que alguns fármacos poderão ser absorvidos através da pele e da inalação (DOUGHERTY *et al.*, 2004). Mesmo assim, esta condição acaba por influenciar, negativamente, a prestação de cuidados e o bem-estar do profissional informado do ambiente de exposição química a que está submetido.

Apesar do trabalho consistir numa dimensão importante do ser humano, motivando-o e recompensando-o, quando realizado com esforço, capacidade de concentração e de raciocínio implica um desmesurado desgaste físico e psicológico, e até emocional, prejudicando o profissional nas suas tarefas diárias e em outras dimensões da sua vida. Os órgãos da administração de uma instituição e o próprio contexto da função, tendem a exercer alguma pressão sobre o indivíduo, provocando-lhe sofrimento e frustração, quando este é incapaz de provocar modificações capazes de satisfazer as suas necessidades, no seu contexto laboral, (CODO *et al.*, 1993). Durante todo este processo, o enfermeiro pode experienciar sentimentos de desvalorização (pelos seus superiores hierárquicos), de inutilidade e impotência (gravidade das doenças e ausência de qualificação do trabalho), que poderão conduzir a insatisfação (resultante do confronto entre expectativas e realidade), fadiga (sobrecarga de trabalho), frustração (inadequação das potencialidades e das necessidades do trabalhador) e angústia e medo (pela exposição a riscos à integridade física).

Factores Protectores do *burnout* em oncologia: a resiliência

Verifica-se que o *burnout* ocorre, frequentemente, como resultado do envolvimento pessoal, elevada motivação e diligência, face a exigências profissionais e capacidade de resposta, sucessivamente e já cronicamente, desequilibradas (PEREIRA *et al.*, 2011). Muita literatura pesquisada dirige-se ao seu desenvolvimento (*burnout*) como consequência do contacto com a morte e com o sofrimento humano, como no caso da área oncológica, onde há exaustão física e emocional. Um estudo nacional realizado por PEREIRA *et al* (2011) revela que, profissionais de saúde de unidades de cuidados paliativos,

consideram que lidar com a morte e com o sofrimento pode ser algo positivo para eles, devido à sensação de enriquecimento pessoal advindo da atribuição de um sentido valorizado para a vida e para a morte.

Citando PEREIRA *et al* (168: 2011) e de acordo com a Sociedade Francesa de Cuidados Paliativos (1999), “ (...) *a prática de cuidados paliativos ensina a viver o momento presente e oferece alívio na vida quotidiana. A maioria dos profissionais reconhece que o contacto com a morte fá-los aproveitar a vida, sendo esta uma mais-valia.*” Esta autora constatou este facto interessante e susceptível de explorar, de que a maioria dos médicos e dos enfermeiros que trabalham numa unidade de cuidados paliativos, em Portugal, expressam um impacto positivo do seu próprio trabalho em si próprios, sentindo-se mais reconhecidos e valorizados pelo doente e seus familiares.

Estes profissionais consideram, ainda, que terem a possibilidade de estarem presentes nos últimos momentos da vida do doente, cuidando deste e da sua família, e oferecendo suporte familiar durante todo o processo, fomenta o aparecimento de sentimentos positivos e um sentido para o desenvolvimento de todo o trabalho em cuidados paliativos, assemelhando-se ao campo da oncologia. Todo o cariz desta profissão, com estas especificidades, assume uma dimensão espiritual, proporcionado, nos enfermeiros, um conforto, igualmente, espiritual (PEREIRA *et al.*, 2011).

É importante destacar, que a capacidade que cada profissional adquire de valorizar os aspectos positivos do cuidar de pessoas em fim de vida, tem vindo a ser descrito na literatura, como um modo protector de agir, no sentido de evitar a exaustão emocional. Para TWYXCROSS (2003), segundo PEREIRA *et al* (2011), o reconhecimento e desenvolvimento de um controlo ajustado dos sintomas de exaustão, como integrante de uma equipa, a possibilidade de cuidar holisticamente, a capacidade de ser inspirado por doentes e familiares e o auto-desenvolvimento e auto-reflexão são potencialidades obtidas devido ao trabalho em cuidados paliativos. E se os profissionais as reconhecerem e valorizarem, estes aspectos surgem como ferramentas essenciais e mecanismos de protecção, evitando o síndrome de *burnout*.

Neste contexto, falamos, então, de uma nova competência da Enfermagem: a resiliência. E o que é isto de resiliência? E como ela pode ser perspectivada como um factor protector? Ao fazer uma revisão conceptual, verifica-se que o termo resiliência tem origem do latim *resiliens* e significa saltar para trás, voltar, ser impelido, recuar. Já na língua inglesa, este termo incute a ideia de elasticidade e capacidade rápida de recuperação, e até, habilidade para retornar ao seu estado habitual de saúde depois de passar por um momento de dificuldades (SÓRIA *et al.*, 2009).

Numa perspectiva da Psicologia e da Sociologia, este conceito é determinado como uma qualidade, e uma capacidade de as pessoas, individual ou colectivamente, resistirem a situações adversas sem perderem o seu equilíbrio inicial e a sua capacidade de se reorganizarem, automaticamente, e de se reequilibrarem (TAVARES, 2001).

Do ponto de vista psicossocial, a resiliência é definida como a capacidade de responder de forma mais consistente e coerente aos desafios e dificuldades, de reagir com flexibilidade e capacidade de recuperação defronte desses mesmos obstáculos e circunstâncias desfavoráveis, adoptando uma atitude optimista e perseverante, mantendo um equilíbrio dinâmico em todo este desafio à personalidade. Se esta capacidade de ser resiliente for activada e desenvolvida, constantemente, possibilita o indivíduo de se superar a si mesmo e às pressões alheias, de desenvolver um autoconceito realista, desenvolver autoconfiança e um sentido de auto-protecção que o tornará menos vulnerável quanto à mudança e à realidade envolvente e subjacente (SÓRIA *et al.*, 2009).

Estudos que envolvem esta qualidade e a auto-estima e o autoconceito verificam que o seu desenvolvimento passa pela mobilização e activação das suas capacidades de ser, estar, ter, poder e querer, isto é, pela capacidade dos sujeitos de auto-regulação e auto-estima, tornando-os mais confiantes, positivos e resilientes. Todavia, nesta questão da resiliência, importante será distinguir entre indicadores de risco e mecanismo de risco, ou seja, é importante para a compreensão desta dimensão, conhecer como as características protectoras surgiram e se desenvolveram e de que forma modificaram o percurso individual e pessoal de cada pessoa (SÓRIA *et al.*, 2009).

Esta resiliência é, com frequência, referida por processos que explicam o ultrapasse das crises e adversidades na vida de cada indivíduo, e é um tema constante e relevante na área da oncologia, pois sendo a doença oncológica, uma doença crónica e degenerativa, que atinge milhares de pessoas a nível mundial, e que continua a estar conectada à desesperança, dor, medo e morte, é primordial que seja desenvolvida e percebida por cada profissional de saúde que esteja envolvido, para se conseguir defender e superar as dificuldades e proporcionar qualidade nos seus cuidados.

2.9. Satisfação no Trabalho

A satisfação profissional tem sido alvo de vários estudos e diferentes perspectivas de investigação, contudo, existe consenso entre os investigadores ao afirmarem que o ser humano no desempenho da sua actividade profissional encontra-se envolvido por múltiplas preocupações, que estão na sua maioria, relacionadas com o seu contexto laboral, nomeadamente, as funções, as responsabilidades, os riscos, os conflitos e as condições de trabalho (TAVARES, 2008).

Os agentes psicossociais envolvem-se com a satisfação profissional, na medida em que resultam da interacção entre as condições de vida no trabalho e as características físicas, psicológicas e culturais do trabalhador, influenciando estilos e condições de vida (GRAÇA e REIS, 1992). O resultado desta interacção afigura-se na forma como o trabalho é cumprido, a satisfação de todo o trabalhador e a qualidade da sua própria saúde.

Remontando à etimologia latina da palavra *tripalium*, o trabalho, é um termo que evoca incómodo e tortura, portanto, trabalhar (*tripiliare*, significa instrumento de tortura composto por três pés onde se amarram os condenados) estava, explicitamente, conectado a sofrimento, a punição, a uma condenação divina (REIS, 1989, citado por GONÇALVES, 1995). Com a revolução industrial e desenvolvimento tecnológico inerente, o trabalho começou a ser associado à satisfação do trabalhador, sendo considerada um elemento fundamental para a produtividade e realização pessoal e profissional de cada funcionário.

Em 1976, LOCKE, referido por FRANCÉS (1984) definiu a satisfação laboral, como um estado afectivo e positivo, que resulta da apreciação da ocupação profissional ou das experiências ligadas a este. Já DAVIS e NEWSTROM (1992), num pensamento

mais contemporâneo, definem-na como um possível conjunto de sentimentos favoráveis e positivos, com os quais os empregados vêm o seu trabalho. Isto é, como qualquer outro tipo de atitude, a satisfação, é construída e adquirida durante um determinado período de tempo, à medida que os indivíduos vão obtendo informações sobre o seu ambiente de trabalho, mas, sendo dinâmica, também pode deteriorar-se muito mais depressa do que o tempo necessário para ela se desenvolver e surgir (GONÇALVES, 1995).

Na verdade, a satisfação profissional é um elemento indispensável à sobrevivência e bem-estar, representando uma parcela da satisfação com a vida, estando o ambiente laboral e pessoal do indivíduo influenciados, mutuamente. Consta-se que este conceito tem uma forte componente pessoal e psíquica e outra mais social, e é rodeado de complexidade e de subjectividade, pois aquilo que é satisfação para uma pessoa pode não ser para outra, na mesma situação.

Para PEREZ RAMOS (1980), a confusão entre motivação e satisfação deve-se a falhas na formulação de hipóteses e na selecção de instrumentos de pesquisas, essencialmente, destinadas a correlacionar satisfação no trabalho com produtividade. Contudo, STEUER (1989) assinala a diferença ao explicitar que motivação se manifesta como a tensão gerada por uma necessidade e satisfação expressa a sensação de atendimento da necessidade.

Por outro lado, na satisfação no trabalho como atitude entende-se atitude como a *“disposição para actuar e assumir posição perante determinadas situações”* (PEREZ-RAMOS, 1988:22). Ou seja, é a combinação de conceitos, informações e emoções que resultam numa resposta favorável ou desfavorável com respeito a uma pessoa em singular, grupo, ideia ou objecto e que, por descenderem de crenças, são poderosas influências sobre o comportamento e aprendizagem de cada indivíduo (CAMPBELL, 1999).

Para explicar a satisfação no trabalho como estado emocional, LOCKE (1976), definiu satisfação no trabalho como um estado emocional agradável resultante da avaliação que o próprio indivíduo faz do seu trabalho e resulta da percepção do mesmo indivíduo sobre como o trabalho o satisfaz ou permite a satisfação dos seus valores que considera importantes no trabalho. Nesta definição, registam-se dois aspectos considerados como componentes da satisfação no trabalho, nomeadamente, um componente cognitivo, que respeita ao que o indivíduo pensa e as suas opiniões sobre o

trabalho, e um componente afectivo ou emocional, que respeita ao quão bem uma pessoa se sente em relação a um determinado trabalho.

Na dicotomia satisfação e não-satisfação no trabalho, ARAÚJO (1985), considera-os como fenómenos distintos, de natureza diversa, onde a não-satisfação é determinada pela carência de factores extrínsecos ao trabalho como a remuneração, supervisão clínica e ambiente de trabalho e a satisfação é determinada pelos factores intrínsecos ao trabalho, como o conteúdo deste e o desafio das tarefas.

2.9.1. Teorias Explicativas da Satisfação Profissional

Como já referido, anteriormente, os estudos acerca desta problemática têm-se desenvolvido ao longo do século XXI e para Locke, em 1976, esta temática pode ser explicada e interpretada segundo três etapas, respectivas a algumas escolas.

A Escola Psico-Económica remonta a 1912, com Taylor, que considerava a satisfação dos trabalhadores dependente da quantidade de dinheiro gasta, ou seja, a divisão dos lucros da organização pelos empregados e empregadores, de forma a elevar, automaticamente, a satisfação geral (TAVARES, 2008). A Escola Psicossociológica evoca Elton Mayo, em Hawthorne, 1933, dando origem, posteriormente, à Escola das Relações Humanas, que critica a perspectiva da motivação económica de Taylor, salientando o factor humano, como aquele indispensável para o sucesso das organizações. É claro que o indivíduo é considerado como factor de estimulação, de participação e de consequente satisfação no trabalho e a interdependência entre a componente técnica e prática e a componente humana, contribuindo para a eficiência das organizações. E por fim, a Escola de Desenvolvimento, gerada em 1959, com algum contributo de Herzberg, Mausner e Snyderman, cujo pensamento se situou na premissa de que a satisfação dos trabalhadores não depende, somente, de variáveis-estímulos, passíveis de manipular, mas da personalidade de cada um, e mais precisamente, das representações que têm das suas próprias relações com o seu papel e função laboral e das possibilidades de desenvolvimento que este papel lhes pode oferecer e proporcionar (TAVARES, 2008). Para os autores supracitados, a satisfação no trabalho não depende de factores extrínsecos, como o salário e as relações hierárquicas, mas sobretudo, de factores intrínsecos, como

a natureza das tarefas e as possibilidades que elas propiciam, e assim, constata-se que existem diferentes factores que podem provocar ou impedir a satisfação, pelo que o oposto da satisfação profissional não é a insatisfação profissional, mas sim, a ausência de satisfação.

Existem então, os Modelos Causais ou Teorias do Processo que se classificam como Modelo da Experiência, Modelo das Necessidades de Realização, Influência dos Valores e Equidade e Visão Sistémica; as Teorias de Conteúdo, que se dividem em, Teoria da Hierarquia das Necessidades (Maslow) e Teoria dos Dois Factores (Herzberg). Apesar da multiplicidade de teorias existentes, existe alguma controvérsia acerca do conceito de satisfação e sua definição, dificultando a compreensão das variáveis implicadas.

É possível verificar que as teorias de Maslow e de Herzberg são as mais divulgadas e envolvidas na motivação laboral. Por um lado, a Teoria de Maslow dita que a satisfação do indivíduo é determinada pela realização de cinco níveis de necessidades, as primárias e as secundárias, dispostos desde as necessidades fisiológicas, as necessidades de segurança, as necessidades sociais, as necessidades de estima e as necessidades de auto-realização, respectivamente (ALVES, 1991).

A Teoria de Herzberg, seguindo o raciocínio de Maslow, interessou-se pela motivação no trabalho e no meio empresarial, baseando-se, essencialmente, no ambiente externo e no trabalho em si, da pessoa. Ou seja, confirma que existem dois conjuntos de variáveis que podem determinar a satisfação do indivíduo, sendo eles, os factores internos ou motivadores que fazem referência ao cargo e ao conteúdo da tarefa (a realização, o reconhecimento, a possibilidade de adquirir novas competências, etc.) e os factores externos ou de ambiente (o salário, as condições de trabalho, as interpelações, etc.) (TAVARES, 2008).

Segundo esta teoria Bifactorial de Herzberg, o ser humano, tem dois conjuntos de necessidades, as intrínsecas (ligadas ao trabalho) e extrínsecas, sendo que estas não produzem satisfação, ajudando a evitar, apenas, o descontentamento. Assim, é fácil afirmar, que os factores de satisfação no trabalho estão relacionados com o conteúdo deste e os factores de descontentamento ou ausência de satisfação, com o seu contexto.

A Teoria de Misker, constando de uma reformulação da teoria de Herzberg, inclui, em vez de dois, três tipos de variáveis na origem da satisfação

profissional, ou seja, os factores motivadores, de carácter intrínseco, os factores “higiene” (supervisão hierárquica, condições de trabalho, etc.) e os factores “ambiente” (salário, possibilidade de promoção, estatuto, etc.), de carácter extrínseco (TAVARES, 2008).

De salientar, ainda, a Teoria de Vroom, em 1964, que definiu o modelo das expectativas relativas ao trabalho, isto é, em que a satisfação profissional seria resultado da satisfação das expectativas de cada trabalhador (GONÇALVES, 1995).

2.9.2. A Satisfação Profissional e Seus Determinantes

Respeitante a este tema, a literatura tem-se mostrado bem complexa e sucinta em relação aos factores subjacentes à satisfação profissional e seus determinantes. GONÇALVES (1995) tentou organizar alguns conceitos, encontrando factores, cuja força de influência advém, não da sua actuação isolada, mas da interligação entre eles. Assim, considera-se o grau de importância atribuído à profissão, cujos indivíduos mais satisfeitos, segundo FRANCÉS (1984), referem cinco aspectos do desempenho profissional (a função, superior hierárquico, colegas, salários e possibilidade de promoção), constatando que quanto menos satisfeitos estão os indivíduos em relação a estes cinco parâmetros do seu desempenho laboral, mais importância lhe atribuem.

Quanto ao meio ambiente e sociedade e a resposta adequada às suas imposições, é compreensível que este seja cada vez mais exigente, tanto devido às transformações tecnológicas e económicas, como, a novas formas de trabalho que obrigam o indivíduo a adaptar-se, constantemente, não conseguindo, por vezes, alcançar o êxito e os objectivos a que se propôs, provocando-lhe frustração e insatisfação laboral, traduzindo-se em consequências físicas e psicopatológicas. De facto, está estudado e verificado que existe uma correlação forte entre saúde física e satisfação profissional e entre saúde mental e satisfação profissional (TAVARES, 2008).

Ainda no que concerne aos factores que se interligam à satisfação profissional, tem-se a especialização dos profissionais, salientando alguns autores, que os indivíduos com maior desenvolvimento académico, tendem a estar mais satisfeitos com o seu trabalho, visto terem remunerações mais

elevadas, desfrutarem de melhores condições de trabalho e desenvolverem mais actividades que exigem uma actualização permanente das suas aptidões e capacidades (DAVIS *et al.*, 1992). Não obstante, o absentismo e a rotatividade acabam por ser, igualmente, agentes de influência pois têm sido analisados como resposta dos indivíduos à insatisfação no trabalho.

A satisfação profissional, por mais ambígua, pode então ser considerada um estado emocional que resulta da correspondência entre o que o indivíduo espera do seu trabalho e o que dele pode recolher, pelo que os estados de insatisfação e satisfação advêm do encontro entre o indivíduo e os seus comportamentos, e as situações profissionais que tem e que procura (RAMOS, 2002).

3. Promover a Saúde Mental

Para a WHO (2005) não existe saúde se não existir saúde mental, sendo ela fundamental para a vitalidade dos indivíduos, famílias e sociedades. A OMS define-a, assim, como *“um estado de bem-estar no qual o indivíduo consegue realizar as suas próprias habilidades, podendo lidar com o stress normal e trabalhar de forma produtiva e frutífera, contribuindo para a comunidade.”* (WHO, 2005:3), portanto, não é somente a ausência de doença mental, mas sim, a base para o bem-estar e funcionamento eficaz do indivíduo para consigo mesmo e para com a sociedade onde está inserido.

O novo conceito de saúde pública evoca um esforço organizado, global e local, para proteger e promover a saúde das populações, reduzindo as desigualdades ao nível da saúde. Através de novas políticas sociais e educacionais e de intervenções de saúde, tenta-se melhorar a saúde de todos, prolongando a vida, com a melhor qualidade possível, priorizando a acção para os determinantes.

Nos últimos 20 anos, o interesse pela promoção da saúde mental tem crescido, e isto porquê? Na verdade, este conceito sempre foi um pouco abstracto, de não concreta definição, devido, talvez, ao seu estigma e à indefinição das patologias de doença mental. Todavia, tem-se assistido a uma preocupação geral para este tema, pois a saúde mental é indissociável da saúde física e é tida como fundamental para esta e para a qualidade da existência de cada indivíduo, devendo ser visualizado como uma

componente importante para melhorar a saúde global e consequente, bem-estar (WHO, 005).

É fundamental perceber que a saúde é um recurso para a vida quotidiana e não um objectivo de vida, logo, a responsabilidade não é só do sector da saúde, mas também, dos estilos de vida saudáveis que cada um pratica para a qualidade do seu bem-estar. Apesar da promoção da saúde ter enfoque no indivíduo e no meio ambiente, exige, ainda, um envolvimento de um conjunto de intervenções e de actores e do controlo dos determinantes de saúde, que na maioria das vezes são difíceis de controlar pelos serviços de saúde.

Este movimento de promoção de saúde remonta à década de 70, no relatório de Lalonde (documento do governo canadense acerca da perspectiva sobre a saúde dos Canadenses), cuja mensagem elementar se baseou no facto de que os problemas contemporâneos de saúde dos canadenses não poderiam ser resolvidos somente pelos serviços de saúde, apelando a uma estratégia geral de promoção da saúde, co-responsabilizando as populações com a sua saúde, melhorando os seus estilos de vida. Todavia, e relativamente ao meio ambiente, existem factores que os próprios indivíduos não conseguem controlar e que determinam o seu estado de saúde e aí é imprescindível a atenção colectiva de uma sociedade. Assim, surgiu a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada em Alma-Ata, em 1978, onde a saúde foi reafirmada como um direito humano e onde o papel dos sectores sociais e económicos foi iluminado e as desigualdades na saúde foram, politicamente, socialmente e economicamente, consideradas inaceitáveis (BLACK *et al.*, 1999).

Este modelo social de promoção da saúde foi reforçado mais tarde com a Carta de Ottawa, em 1986, da OMS, que fornece a definição mais citada de promoção da saúde e enfatiza a ideia de que esta é todo um processo de capacitação e *empowerment* das pessoas para aumentar o controlo sobre a sua saúde, melhorando-a. Portanto, para um indivíduo atingir um completo estado de desenvolvimento físico e mental e bem-estar social, o indivíduo deve ser capaz de identificar e realizar as suas aspirações e as suas necessidades, mudando ou enfrentando todo o contexto envolvente (BLACK *ET AL.*, 1999). Deste modo, as cinco estratégias de acção mencionadas na carta, e que permanecem até hoje como projecto básico e impulsionador da promoção da saúde em várias partes do mundo, são: construir uma política pública saudável, criar ambientes favoráveis à saúde, fortalecer a acção comunitária, desenvolver as competências pessoais e reorientar os serviços de saúde.

A saúde mental, como uma das áreas de importante e prioritária intervenção para a OMS, tem sido alvo de várias discussões conceptuais, nomeadamente, a saúde mental positiva, onde JAHODA (1958) considerou a sua separação em três domínios, nomeadamente, a auto-realização, em que o indivíduo deve explorar plenamente o seu potencial, o sentido de controlo, sobre o seu ambiente, e a autonomia, onde o indivíduo tem a capacidade de identificar, enfrentar e resolver os problemas e obstáculos. Por outro lado, MURPHY (1978) argumentou que esta ideia era baseada e influenciada pela cultura norte-americana, favorecendo o individualismo e que isso pode não reflectir as outras culturas onde o grupo se sobrepõe ao indivíduo. Este autor advertiu, ainda, que o indivíduo que viva com um alto nível de expectativas e aspirações pode estar sujeito a uma saúde mental ameaçada.

Portanto, a saúde mental pode também ser influenciada pela cultura de cada um e pode ter significados diferentes consoante as influências políticas e socioeconómicas. A saúde mental positiva, por ser um conceito sujeito a uma panóplia de teorias e discussões, e cujas consequências implicam a saúde pública, apresenta muitos indicadores que podem ser utilizados para mensurá-la como o afecto positivo, a personalidade, o optimismo e pessimismo e a resiliência.

Na verdade, o ser humano está inserido num universo de permanente interacção com o ambiente, devendo ter a capacidade de se adaptar às mudanças constantes ordenadas por este, e portanto, deve ser capaz de estabelecer um equilíbrio entre os factores protectores e os factores de risco que completam a sua existência e que podem ditar ou resultar em saúde e doença. Estes factores protectores protegem e beneficiam o desenvolvimento harmonioso da pessoa, necessitando de condições para não adoecer, que podem ser comandadas pelos factores de risco, que para a OMS, são “ (...) *as características ou condições de vida de uma pessoa ou de um grupo de pessoas que as expõem a uma maior probabilidade de desenvolver um processo mórbido de sofrer os seus efeitos*”.

Nesta sequência surge a importância da Saúde Mental e seus constituintes de um estado de saúde mental, que consistem em: alta resistência ao stress e à frustração; autonomia intelectual e económica; hábitos de autocuidado; percepção correcta da realidade; percepção coerente e realista de si mesmo; competência e ajustamento às adversidades e exigências do meio ambiente; relações interpessoais positivas; auto-estima como reserva narcísica; e atitude positiva perante si e os outros (VASQUEZ, 1990).

Também para CORDEIRO (1987), podem ser considerados factores de saúde mental os factores biológicos, os psicossociais e os socioculturais. Quanto aos factores biológicos apontam-se a carga genética, a reacção ao sistema nervoso vegetativo, aos mecanismos bioquímicos, as condições de higiene antes e após o nascimento, a profilaxia das doenças, o estado de nutrição, as condições de habitação e estimulação sensorial e física. Nos factores psicossociais, consideram-se o incentivo ao desenvolvimento harmonioso, cognitivo e afectivo que se manifesta, essencialmente, na área dos afectos, como a necessidade de satisfação e trocas afectivas, na área da vontade, ou seja, na necessidade de limitação e controlo e na área da participação, respeitando as actividades conjuntas ao nível da comunidade. Por último, e não menos importante, os factores socioculturais, que estão relacionados com a estabilidade social e os valores da sociedade onde se está inserido.

Na sua maioria, estes indicadores individuais dizem respeito à percepção individual e juízos sobre o sentido de coerência e significado na vida pessoal, à auto-estima e o controlo sobre a rotina diária e trabalho e sobre o optimismo que está sempre associado a bem-estar físico e psicológico.

A análise dos determinantes da saúde surge, também, como fulcral para a promoção da saúde mental, sendo as variáveis demográficas, o suporte social e a exposição a agentes stressores passíveis de mensuração de forma a determinar riscos e limitações. Apesar do domínio da promoção da saúde apresentar apenas 20 anos de desenvolvimento, e especificamente o campo da saúde mental (que é mais recente), é essencial apregoar o desenvolvimento de indicadores de capacitação e a implementação de programas de promoção e de intervenção nesta área, projectando novas habilidades e oportunidades e suporte, conjuntamente, com o desenvolvimento organizacional, da força de trabalho, da alocação de recursos e parcerias (WHO, 2005).

3 – FASE CONCEPTUAL

3.1. Definição do problema de investigação

O tema deste trabalho de projecto prende-se com a vivência da enfermagem oncológica, nomeadamente, o *burnout* em enfermeiros que trabalham em oncologia. O fio condutor prende-se com a seguinte questão de partida: *Que quadros de burnout apresentam os profissionais de enfermagem que trabalham num serviço de administração de quimioterapia?*

3.2. Finalidade do Estudo

Inserido no mestrado em Saúde Pública, este estudo tem como intuito, apresentar um esquisso da realidade da enfermagem oncológica, de um pequeno grupo de profissionais de saúde de uma unidade de quimioterapia, as vicissitudes, conquistas e algumas das suas derrotas, compreendendo os factores de risco a que estão expostos e que enfrentam, diariamente, de forma a identificá-los e a encontrar estratégias de resolução por parte das administrações, evitando implicações na saúde individual de cada enfermeiro.

Sabendo, de antemão, que este é um grupo de risco e com manifestações e comportamentos ajustados a um quadro de *burnout*, pretende-se compreender que níveis deste fenómeno existem, para se conseguir mobilizar as estratégias mais acertadas possível.

O desenho conceptual do projecto de investigação aqui apresentado, pretende-se que seja, futuramente, implementado já sem ser no âmbito deste mestrado, salientado que a concretização deste projecto é, meramente, pedagógica e com finalidade única de aprendizagem e de validação de todo o processo (estudo de simulação metodológica) sendo os dados obtidos não generalizáveis e não extrapoláveis, envolvendo uma pequena amostra não representativa do fenómeno.

3.3. Objectivos do estudo

3.3.1. Geral

- Caracterizar, através do questionário Maslach *Burnout Inventory*, a gravidade dos quadros de *burnout* (baixo, médio e elevado) que os enfermeiros que trabalham numa unidade de administração de quimioterapia apresentam.

3.3.2. Específicos

- Avaliar a saúde mental dos enfermeiros que trabalham numa unidade de quimioterapia, através do questionário Mental Health Inventory;
- Avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham numa unidade de quimioterapia, através do questionário de Avaliação da Satisfação Profissional do Pessoal do Serviço Nacional de Saúde;
- Identificar quais os factores geradores de stresse e consequente, *burnout*;
- Compreender se existe associação entre *burnout* e as características sociodemográficas;
- Compreender se existe associação entre *burnout* e saúde mental;
- Compreender se existe associação entre *burnout* e satisfação profissional;
- Identificar estratégias e intervenções, individuais e institucionais, para a promoção da saúde e prevenção e gestão do *burnout* no local de trabalho.

3.4. Hipóteses do Estudo

H₁: Será que existe mais *burnout* médio a elevado nos profissionais do sexo feminino que nos do sexo masculino?

H₂: Será que existe *burnout* de gravidade média a elevada nos profissionais mais velhos que nos profissionais mais novos?

H3: Será que existe mais *burnout* de gravidade média a elevada nos profissionais casados que nos profissionais solteiros?

H4: Será que existe mais *burnout* de gravidade média a elevada nos profissionais pertencentes ao quadro de pessoal que nos profissionais com contrato individual de trabalho?

H5: Será que existe mais *burnout* de gravidade média a elevada nos profissionais com mais anos de profissão que nos profissionais com menos anos de profissão?

H6: Será que existe mais *burnout* de gravidade média a elevada nos profissionais com mais anos no serviço de quimioterapia que os profissionais com menos anos no serviço de quimioterapia?

H7: Será que existe mais *burnout* de gravidade média a elevada nos profissionais com menos saúde mental?

H8: Será que existe mais *burnout* de gravidade média a elevada nos profissionais com menos satisfação profissional?

4 – FASE METODOLÓGICA

4.1 Tipo de Estudo

O tipo de estudo utilizado é que reúne as ideais características para conseguir responder ao problema inerente e de investigação, e para verificar as hipóteses formuladas e explorar as relações entre as variáveis, é essencialmente, quantitativo, observacional, transversal, descritivo, pois uma das finalidades subjacentes é a descrição das características dos indivíduos estudados e de um determinado fenómeno e avaliar a fiabilidade dos instrumentos de colheita de dados, e ainda, analítico, pois pretende-se estimar a frequência do tal fenómeno, neste caso, o *burnout*.

4.2. População em Estudo

Todos os enfermeiros que trabalham num instituto oncológico

Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de inclusão: Enfermeiros generalistas ligados à prestação directa de cuidados de enfermagem;

Critérios de exclusão: tempo de profissão inferior a 1 ano e 6 meses.

4.3. Plano de Amostragem

Para esta investigação iriam dispensar-se um número de questionários suficientes para o pessoal de enfermagem constituinte de cada serviço e concordante com os critérios de inclusão, que seriam entregues através do enfermeiro-chefe de cada serviço, havendo a possibilidade de se disponibilizarem mais questionários, consoante a necessidade.

Seria, então, uma amostragem não-probabilística.

Estudo de Simulação Metodológica

Tendo em conta a tipologia deste trabalho, decidiu-se eleger um tipo de amostragem por conveniência, ou seja, não-probabilística e escolher-se um só serviço de todo o instituto, neste caso, onde o investigador exerce funções, composto por 26

enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados directos ao doente e 2 enfermeiros responsáveis pela chefia e gestão dos recursos humanos e materiais e toda a logística exigida, sendo a amostra final de 20 elementos, que correspondem aos critérios exigidos.

4.4. Instrumentos de Colheita de Dados

Os instrumentos de medida servem para colectar os dados que fornecerão as respostas às questões de investigação/hipóteses (FORTIN, 1999). Para tal, neste estudo foram utilizados três instrumentos indispensáveis para a compreensão do fenómeno na população em estudo, nomeadamente, os questionários Mental Health Inventory, Maslach *Burnout* Inventory e o questionário de Avaliação da Satisfação Profissional do Pessoal do Serviço Nacional de Saúde.

O M.H.I começou a ser desenvolvido em 1975 como uma estratégia para avaliar o distresse psicológico e o bem-estar da população em geral, e não, somente, as pessoas com doença mental. Foi, assim, um dos instrumentos desenvolvidos para o Rand Health Insurance Experiment para concretizar um dos objectivos preconizados pelo WHO (RIBEIRO, 2001). Este autor, que adaptou o mesmo instrumento à população portuguesa, refere que o M.H.I. foca sintomas psicológicos de humor e ansiedade e de perda de controlo sobre os sentimentos, pensamentos e comportamentos, fornecendo, deste modo, uma avaliação de vários domínios da saúde mental, incluindo, ansiedade, depressão, controlo emocional e comportamental, afecto positivo e laços emocionais. É composto por 38 itens, e ainda, uma versão abreviada de 5 itens, gerada posteriormente, integrantes de questionários de qualidade de vida e de avaliação da saúde.

Os 38 itens distribuem-se, como já referido, por cinco subescalas: a ansiedade (10 itens), a depressão (5 itens), a perda de controlo emocional/comportamental (9 itens), o afecto positivo (11 itens) e os laços emocionais (3 itens), e por sua vez, estas subescalas agrupam-se em duas grandes escalas ou dimensões que tencionam medir o Distresse Psicológico (agrupam a ansiedade, a depressão e a perda de controlo) e o Bem-Estar Psicológico (agrupa o afecto geral positivo e os laços emocionais).

A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de cinco ou seis posições e a pontuação total resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada escala, onde alguns estão cotados de modo invertido, sendo que os valores mais elevados

correspondem a melhor saúde mental, ou seja, 48 corresponde ao valor mínimo do parâmetro avaliado e 288 ao valor máximo possível de apresentar-se.

O M.B.I. – HSS (Human Services Survey) foi construído em 1981, por Cristina Maslach, nos E.U.A. no decorrer dos seus estudos em profissionais cujo contacto directo com pessoas fosse intenso, com o objectivo de apurar as atitudes e sentimentos que caracterizavam os trabalhadores em *burnout* (MASLACH *et al.*, 1996). Posteriormente foram desenvolvidos questionários aplicáveis a contextos e ocupações diferentes, como o M.B.I.-GS (General Survey), o M.B.I. – SS (Student Survey) para estudantes. Constata-se que é um dos instrumentos de auto-avaliação mais utilizados em todo o mundo.

Os itens descritos no questionário estão dispostos numa forma de declaração de sentimentos pessoais ou atitudes e a avaliação do modo como os profissionais experienciavam esses sentimentos é obtida por uma escala, de Lickert, graduada de sete pontos, que vai de 0 (nunca), 1 (algumas vezes por ano), 2 (uma vez por mês ou menos), 3 (poucas vezes por mês), 4 (uma vez por semana), 5 (algumas vezes por semana) e 6 (todos os dias) (MASLACH *et al.*, 1996).

A versão final da escala de M.B.I. é constituída por 22 itens, com 3 subescalas implícitas, nomeadamente, a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal. A subescala exaustão emocional é composta por 9 itens que representam sentimentos de esgotamento emocional do indivíduo, causados pela sua actividade laboral. A análise incide nos itens 1,2,3,6,8,13,14,16,20. A subescala despersonalização é constituída por 5 itens que correspondem à ausência de sentimentos e ao desenvolvimento de atitudes impessoais e de indiferença para com as pessoas de quem se cuida e é avaliada pelos itens 5,10,11,15 e 22. Para estas duas subescalas, as pontuações médias elevadas correspondem a elevados níveis de *burnout*. Por último, a subescala da realização pessoal representa 8 itens do questionário, que descrevem sentimentos de competência e de sucesso no trabalho com os outros. A sua avaliação é obtida pelos itens 4,7,9,12,17,18,19 e 21 e em oposição às anteriores, nesta subescala, as pontuações médias baixas traduzem índices elevados de *burnout* (MASLACH *et al.*, 1996).

De salientar que o M.B.I. não produz uma medida de *burnout* isolada, sendo fundamental analisar as relações entre as três subescalas, pois esta síndrome é compreendida como uma variável contínua, onde a sua variação é compreendida pelo grau de baixo, médio e elevado. Ou seja, um nível baixo de *burnout* reproduz-se em

scores baixos nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e scores elevados na realização pessoal. Um nível médio de *burnout* é representado por valores médios nos scores das três subescalas, e um nível alto de *burnout* traduz-se em scores altos para as subescalas de exaustão emocional e despersonalização, e scores baixos na realização pessoal.

Contudo, na análise deste questionário e baseando-nos nas premissas das autoras que o construíram, apenas foi utilizada a variável exaustão emocional, como principal indicador da presença de *burnout* e da sua classificação em baixo, médio ou alto nível. Segundo MASLACH *et al* (2008), numa alternativa para agrupar as três dimensões numa só e facilitar a mensuração deste fenómeno, tentou-se reduzir o síndrome para exaustão emocional e ser esta a dimensão a dar mais valor. Apesar de existirem várias críticas de outros autores e psicólogos a esta alternativa e de as autoras também considerarem ser importante avaliar-se a despersonalização e realização pessoal para uma abordagem completa do fenómeno, a exaustão emocional acaba por ser uma dimensão-chave em todo este processo e à qual vamos priorizar na análise dos dados e relação das variáveis.

No caso da exaustão emocional é considerado um nível de *burnout* elevado quando existem valores acima dos 27 pontos, entre 19-26 é indicador de níveis médios e abaixo de 19 corresponde a níveis de *burnout* baixos. Quanto à despersonalização, as pontuações superiores a 10 são níveis altos, de 6-9 médios e inferior a 6 indica um nível baixo. Por último, a realização pessoal funciona, opostamente, às anteriores, isto é, níveis maiores ou iguais a 40 é baixo, entre 34-39, médio e menor ou igual a 33 é um nível alto de *burnout*. Por conseguinte, o somatório total das questões que contribuem para a composição de cada factor leva à obtenção dos seguintes valores mínimos e máximos: Exaustão emocional (9-63), Despersonalização (5-35) e Realização Pessoal (8-56) (MASLACH e JACKSON, 1996).

SÁ (2002) aplicou o instrumento a um grupo de enfermeiros da área oncológica de um hospital da região norte e procedeu à leitura dos resultados da escala por comparação com os valores apresentados no manual de Maslach (1996), visto não existirem, ainda, estudos de aferição da escala para a população portuguesa e por tal, adquiriu-se, para a obtenção de resultados neste trabalho, a mesma estratégia.

Por último, o questionário para medir a satisfação dos profissionais foi adaptado do questionário já desenvolvido por GRAÇA (1999) e citado por FONTES (2009) com o intuito de avaliar a satisfação profissional do pessoal do S.N.S e aplicado à população portuguesa, em outros estudos e contextos, como num pequeno estudo acerca da satisfação entre enfermeiros de um serviço de medicina e de cuidados intensivos, realizado pela autora antes mencionada.

Este questionário tem como fio condutor algumas teorias motivacionais e organizacionais, já mencionadas, anteriormente, e utiliza uma escala de atitudes, tipo Lickert, de 11 pontos, englobando dimensões como, a remuneração, as condições de trabalho e saúde, a segurança no emprego, o relacionamento profissional/utente e equipa, a autonomia/poder, o *status* e prestígio, a realização profissional e pessoal e o desempenho organizacional.

A primeira parte do questionário engloba 43 proposições e é pretendido que se opte por um dos onze números da escala de intervalo, sendo o valor 0 correspondente a “nada/mínimo”; o 2 a “muito pouco”; o 5 a “assim-assim, nem pouco nem muito”; o valor 7 equivale ao “bastante”; o 9 ao “muitíssimo sem ser o máximo” e o valor 10 será “muito/máximo”. Para cada um dos 43 itens pretende-se que os profissionais de saúde respondam de um forma sistemática a duas questões A e B. Com a questão A pretende-se saber a atribuição dada ao item que “deveria existir”, ou seja, obter as Expectativas (E). Com a questão B pretende-se saber a atribuição dada ao item pelo que “existe actualmente”, ou seja, obter os Resultados (R). Assim, o grau de satisfação profissional dos enfermeiros será obtido pela discrepância (E-R) entre as expectativas (E) e as recompensas (R) obtidos no exercício das suas funções, assumindo deste modo, esta proposição para todo o estudo. Quanto menor for a discrepância ($E < R$) maior será a satisfação (idealmente, $E=R$); quanto maior for a discrepância ($E > R$), maior será a não satisfação. Numericamente, quanto mais próximo de 0, maior será a satisfação profissional, quanto mais afastado de 0, maior a sua não satisfação, ou seja, a discrepância (E-R) entre expectativas (E) e resultados (R). O valor 10 representa a não-satisfação total.

Este último questionário apresentou ainda uma parte de caracterização sociodemográfica que permitirá a descrição da amostra envolvida e a análise das hipóteses formuladas e uma pergunta aberta, com o intuito de compreender quais os factores que geram stresse para os profissionais e que estratégias poderiam ser utilizadas para melhorar as dificuldades.

No que diz respeito à aplicação de todos estes instrumentos de colheita de dados, incluindo o pré-teste, foram tomadas e asseguradas todas as disposições necessárias para proteger os direitos e princípios de todos aqueles que participaram na investigação, como, o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à protecção contra o desconforto e o prejuízo e a um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após todo o processo (FORTIN, 1999).

A nível institucional, também, foram requeridas as autorizações necessárias para empregar o instrumento e para proceder com todo o estudo.

4.5. Validade e Fiabilidade dos Instrumentos

A fidelidade interna de uma escala de medida integra o principal requisito para avaliar a sua qualidade e adequação e sendo, uma importante qualidade para este processo, define o grau de congruência com que um instrumento mensura aquilo que pretende medir e que a uma maior fidelidade do instrumento corresponde um suposto menor erro nos dados obtidos (POLIT e HUNGER, 1997, citado por, SÁ, 2002). Para RIBEIRO (2001), a consistência interna de um instrumento pressupõe a homogeneidade do conteúdo e prediz a sua validade e fiabilidade e é testada pelo Coeficiente de Cronbach (α), que se baseia nas correlações possíveis entre pares de itens dentro de uma mesma dimensão. Apesar de uma boa consistência interna dever exceder um α de 0.80, são aceitáveis valores acima de 0.60.

Quanto ao M.H.I., RIBEIRO (2001), num estudo de adaptação à população portuguesa, testou a mesma versão do questionário utilizada neste trabalho, e inspeccionou a fidelidade deste, obtendo resultados que evidenciaram uma consistência interna dominante no $\alpha=0.80$, e percebeu que as correlações das dimensões com as medidas de comparação demonstraram uma associação estatisticamente significativa no sentido esperado.

O M.B.I., por sua vez, foi já aplicado por SÁ (2002) a profissionais de um serviço de oncologia, no Porto, comprovando-se que o alfa de Cronbach por ele encontrado se assemelha ao de outros estudos internacionais, até mesmo das próprias investigadoras que criaram o instrumento, demonstrando que este é bastante válido para avaliar o *burnout*.

O questionário de Satisfação Profissional foi empregue em profissionais de centros de saúde, em Beja, e em médicos de clínica geral, por GRAÇA (1999), revelando uma boa consistência interna com $\alpha=0.80$.

Numa investigação realizada por FONTES (2009), acerca da satisfação profissional dos enfermeiros, utilizando o mesmo questionário que no presente estudo, foi testada a consistência interna de cada uma das dimensões apurando-se valores que variam entre $\alpha=0.78$ e $\alpha=0.97$, concordando com uma consistência moderada a muito boa.

4.6. Variáveis em estudo

A operacionalização de variáveis é o processo através do qual se encontra a mensuração e classificação das variáveis e representa a sua tradução em conceitos mensuráveis, em indicadores e devem cumprir dois requisitos fundamentais: fidelidade e validade.

As variáveis dependentes são o *burnout*, a saúde Mental e a satisfação profissional e as variáveis independentes são a faixa etária, sexo, anos de profissão, anos no serviço, estado civil e tipo de contrato.

Foi necessário proceder a uma codificação das variáveis presentes nos questionários, seleccionando-se as variáveis indicadoras e transformando-as em variáveis nominais dicotómicas. Apesar de estarem inerentes diversas variáveis, somente algumas foram alvo de análise estatística e que estão descritas no quadro seguinte.

Quadro 2 – Definição e operacionalização das variáveis

Nome das Variáveis	Tipo	Codificação	Valores
Faixa_Etária	Qualitativa Ordinal	FE	0 – Menos de 30 1 – 31-40 2 – 41-50 3 – Mais de 50
Sexo	Qualitativa Nominal	Sexo	0 – Masculino 1 – Feminino
Anos_Profissão	Qualitativa Ordinal	AP	0 – Menos de 5 anos 1 – 5 – 10 anos 2 – 11 – 20 anos 3 – 21 – 30 anos 4 – Mais de 30 anos
Anos_Serviço	Qualitativa Ordinal	AS	0 – Menos de 5 anos 1 – 5 – 10 anos 2 – 11 – 20 anos 3 – 21 – 30 anos 4 – Mais de 30 anos
Estado_Civil	Qualitativa Nominal	EC	1 – Solteiro 2 – Casado 3 – União de Facto 4 – Divorciado 5 – Viúvo
Tipo_Contrato	Qualitativa Nominal	TC	1 – Quadro de Pessoal 2 – CAP 3 – Contrato Individual de Trabalho 4 – Outro
Exaustão_Emocional	Qualitativa Nominal Dicotómica	EE	0 –Baixo 1 – Médio/Elevado
EE01	Qualitativa Nominal Dicotómica	EE01	0 –Baixo 1 – Médio/Elevado
Despersonalização	Qualitativa Nominal Dicotómica	DP	0 –Baixo 1 – Médio/Elevado
DP01	Qualitativa Nominal Dicotómica	DP01	0 –Baixo 1 – Médio/Elevado
Realização_Pessoal	Qualitativa Nominal Dicotómica	RP	0 –Baixo 1 – Médio/Elevado
RP01	Qualitativa Nominal Dicotómica	RP01	0 –Baixo 1 – Médio/Elevado
M.H.I.	Qualitativa Nominal Dicotómica	M.H.I.	0 –Baixo 1 – Médio/Elevado
Satisfação_profissional	Qualitativa Nominal Dicotómica	SP	0 – Satisfação/Média Satisfação 1 – Não Satisfação

4.7. Caracterização do serviço

A unidade de administração de quimioterapia onde os profissionais de saúde que serviram de amostra ao subsequente estudo desempenham as suas funções, funciona em regime de ambulatório, ou seja, das 8h até às 20h. Todos os enfermeiros apresentam um contrato de trabalho de 40 horas semanais.

Apesar de se situar no pavilhão mais recente do instituto e de ter acesso próprio e independente, apresenta instalações com pouco espaço, pouco ergonómicas e pouco seguras, tendo em conta que qualquer pessoa pode entrar sem ser interpelada.

A sala de administração, onde os enfermeiros despendem a maioria do seu tempo, apresenta ar condicionado, embora insuficiente, e um sistema de extracção de ar, por vezes, ineficaz. Todas as salas de trabalho são interiores, sem janelas, e portanto, não beneficiam de luz natural. É composta por 11 cadeirões dispostos em semicírculo, com reduzido espaço entre eles, e ainda, com suportes de máquinas suspensos e bancos para os acompanhantes dos doentes (apenas um por doente).

Este serviço dá resposta a um total de 120 doentes, de ambos os sexos, por dia, o que excede, manifestamente, a sua dimensão e a capacidade dos profissionais, que têm que ser repartidos por diferentes turnos (de 7 horas ou 12 horas). Neste serviço, também, não existe uma equipa médica permanente e são os enfermeiros que são os intervenientes na relação doente-médico e aquando de intercorrências com os tratamentos e em situações de urgência.

De salientar que toda a estrutura da unidade é de acesso livre a profissionais, doentes e respectivos familiares ou outros, gerando ruído e confusão nos corredores, em redor de todos os procedimentos e alguma insegurança para quem ali trabalha.

4.8. Erros potenciais do estudo

Apesar da minimização do erro ser quase uma condição de um estudo, existem possibilidades de erro que devem ser valorizadas e, se inevitáveis, devem ser pelo menos enunciadas. Para a elaboração deste trabalho ocorrem alguns viéses, nomeadamente, o erro aleatório, mais especificamente, o erro da amostragem, tendo em conta que se utilizou uma amostra muito reduzida e não representativa, estatisticamente, influenciando a análise estatística dos dados e os seus resultados e tornando-os, também, pouco significativos e pouco importantes.

O facto do investigador principal, também pertencer à instituição e ser conhecido dos participantes, pode ser um factor de enviesamento das respostas destes aos instrumentos de colheita de dados.

4.9. Simulação Metodológica

Numa primeira abordagem desta simulação metodológica, será feita uma análise descritiva e gráfica de todas as variáveis em estudo, utilizando-se o programa SPSS Statistics 17.0 (Agosto, 2008), que é um *software* de manipulação e de análise de dados, predominante nas Ciências Sociais e Humanas (MAROCO, 2010).

Para a definição das variáveis em estudo, procedeu-se a uma configuração das variáveis originais em variáveis indicadoras, através da análise e apuramento dos resultados dos questionários, com auxílio do programa Microsoft Excel. Só após esta primeira análise, foi possível apurar os *scores* correspondentes a cada participante, através de tabelas de referência correspondentes a cada questionário, e chegar-se a resultados globais, que posteriormente foram relacionados entre si.

Após a definição e caracterização das variáveis implicadas e acordando com os objectivos específicos delineados, verificou-se que, para testar as hipóteses formuladas e obter resultados, com toda a análise estatística, um dos testes a utilizar seria o teste de independência do Qui-quadrado, que nos permite testar se dois grupos independentes diferem quanto a uma determinada característica.

Contudo, este teste só pode ser aplicado com rigor quando se verificam as condições de aplicabilidade, como todos os valores esperados (E_{ij}) superiores a 1 e pelo menos, 80% dos E_{ij} superiores ou iguais a 5. Na verdade, como a amostra do estudo é, relativamente pequena, e não estatisticamente representativa, as condições de aplicabilidade não se verificaram e portanto, utilizou-se o Teste de Fisher, e sempre que duas das variáveis em análise eram do tipo nominal ou nominal dicotómica ou do tipo nominal e ordinal, respectivamente e para um nível de significância de 5%.

A Regressão Logística Binária, reagrupando os dados em classes e em tabelas de contingência (2x2), foi, também, utilizada para determinar as respectivas *odds ratio* e dar outras possibilidades de interpretação dos dados, nomeadamente, a força e a intensidade da relação entre as variáveis, quando há evidência da independência. Para

MAROCO (561:2010), a Regressão Linear define “*um conjunto vasto de técnicas estatísticas usadas para modelar relações entre variáveis e predizer o valor de uma variável dependente (ou de resposta) a partir de um conjunto de variáveis independentes (ou predictoras).*” As variáveis utilizadas neste modelo são, na sua maioria, quantitativas, contudo, nas ciências sociais e humanas, recorre-se, com frequência, a variáveis qualitativas (nominais e ordinais), como o presente estudo, o que levou a repensar-se em ajustes e a tornar a regressão linear válida para estes casos.

A Regressão Logística surge, assim, como modelo de análise de variáveis dependentes, nominais e dicotómicas, sendo utilizada para delinear a ocorrência probabilística de uma das duas realizações das classes da variável. Ou seja, nesta simulação de investigação, recodificou-se as variáveis dependentes, em variáveis dicotómicas e utilizou-se a regressão logística binária para compreender a relação entre as variáveis envolvidas e testar as hipóteses formuladas.

É importante salientar, mais uma vez, que todos os dados obtidos e conclusões enunciadas, são resultado de um esboço de um raciocínio estatístico, com um fim, meramente, de aprendizagem, que não pretende ser generalizado e não deve ser utilizado para fins comparativos.

5 – FASE EMPÍRICA

5.1. Apresentação dos Resultados da Simulação Metodológica

Deu-se particular importância às medidas de tendência central, que tentam caracterizar o valor da variável em estudo que ocorre com mais frequência e às medidas de dispersão e de assimetria.

A amostra é constituída por 20 elementos, dos quais 17 (85%) pertencem ao sexo feminino, e 3 (15%) correspondem ao sexo masculino. A moda é, então, o sexo feminino.

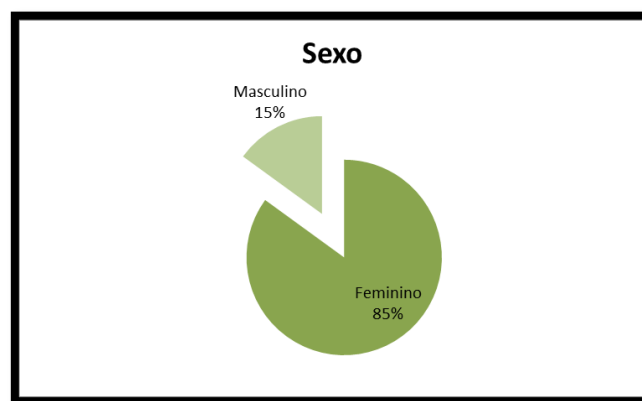


Gráfico 1 – Distribuição dos sujeitos segundo o sexo

Uma característica da equipa é ser, maioritariamente, jovem, sendo que 15 dos participantes apresentam idade inferior a 30 anos, 3 elementos apresentam idade entre os 31-40 anos, e só 1 elemento apresenta idade entre os 45-54 anos e 55 ou mais anos, respectivamente. A média da idade desta amostra de profissionais situa-se entre os 29.85 anos e a mediana de 26.5 com uma amplitude de 32 anos (idade mínima de 24 anos e o máxima de 56 anos) e desvio-padrão de 8.343 anos. A distribuição é assimétrica à direita.

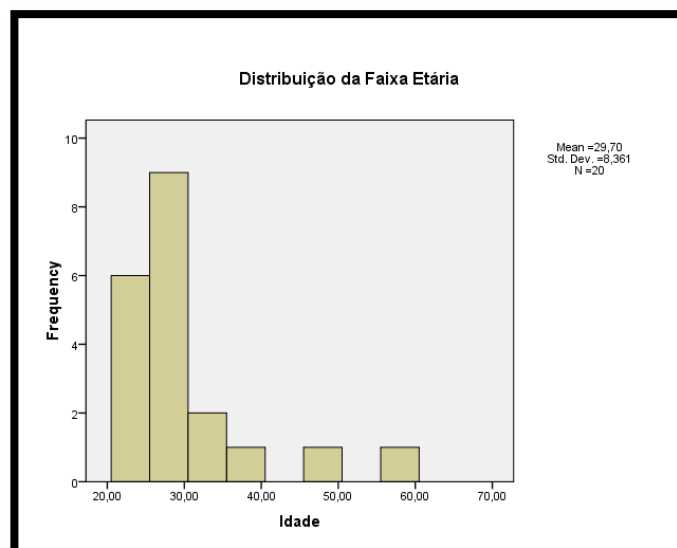


Gráfico 2 - Distribuição dos sujeitos segundo a idade

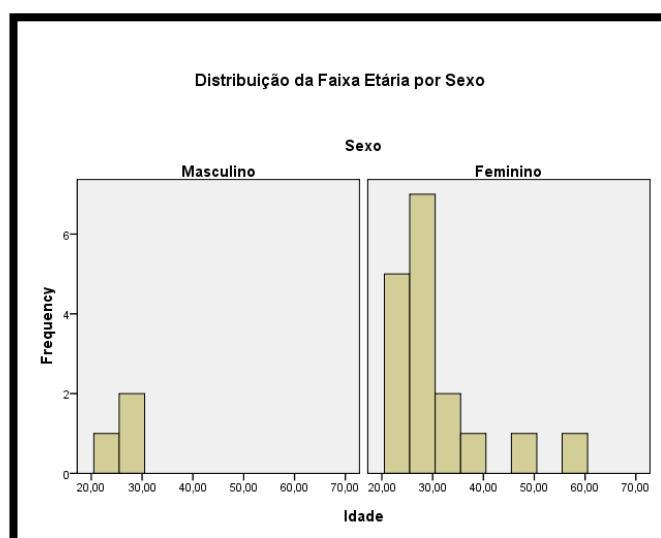


Gráfico 3 - Distribuição dos sujeitos segundo a idade por sexo

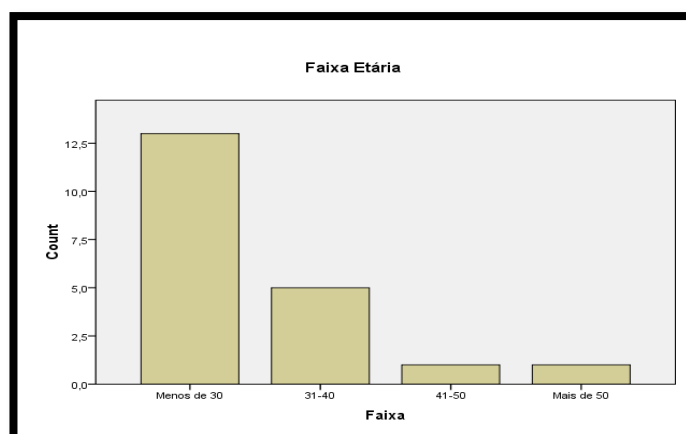


Gráfico 4 - Distribuição dos sujeitos segundo a faixa etária

Quanto aos profissionais com idade superior a 30 anos, e portanto, os mais antigos na profissão, verifica-se que são, inequivocamente, do sexo feminino.

No que respeita ao estado civil, 70% dos enfermeiros são solteiros, 15 % vivem em regime de união de facto, 10% são divorciados e 5% são casados. A moda é estado civil de solteiro.

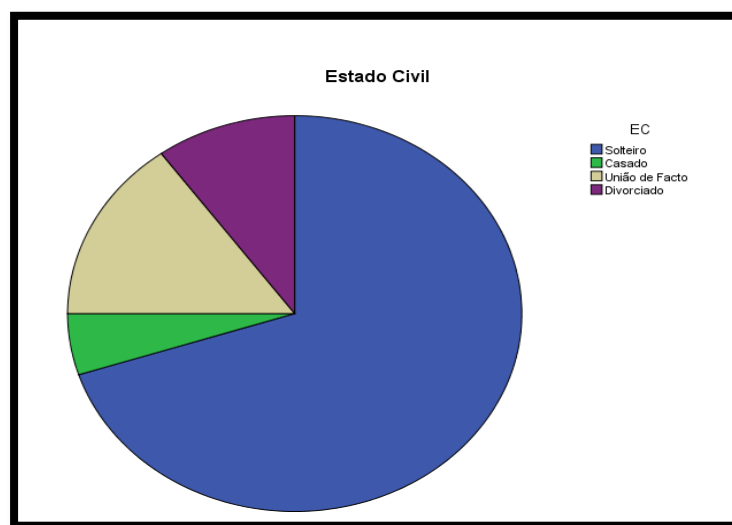


Gráfico 5 – Distribuição dos sujeitos segundo o estado civil

Relativamente, ao vínculo institucional, 80% dos enfermeiros exercem sob um contrato individual de trabalho, só 15% pertencem, efectivamente, ao quadro de pessoal da instituição e 5% encontram-se sob regime de contrato de substituição (outros). A moda é então, o regime de contrato individual de trabalho.

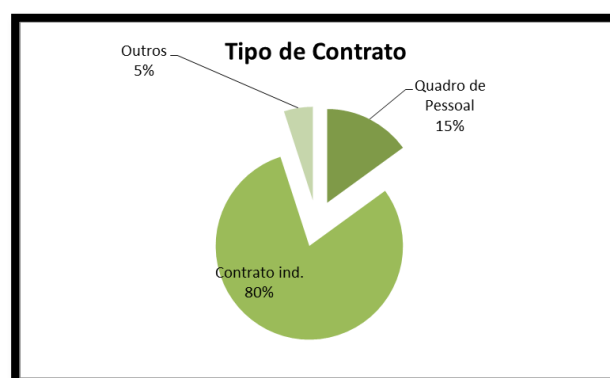


Gráfico 6 – Distribuição dos sujeitos segundo o tipo de contrato

A experiência profissional dos enfermeiros é, também, reduzida havendo 45% dos profissionais com menos de 5 anos de exercício de funções, 40% com 5 a 10 anos de antiguidade na profissão, 5% entre 11 a 20 anos e 5 % entre os 21 e os 30 anos e 5% com mais de 30 anos de experiência profissional. A média de anos de profissão da

amostra é de 7.15 anos (mínimo de 2 anos e máximo de 31 anos), com um desvio-padrão de 8.05 anos.

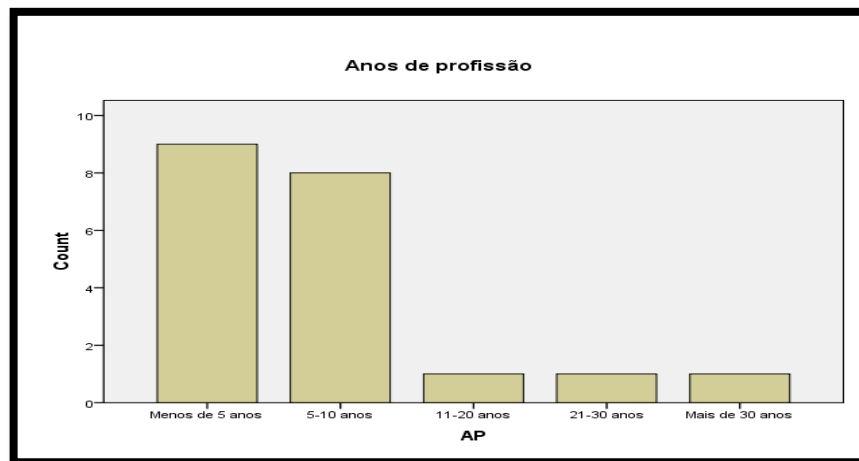


Gráfico 7 – Distribuição dos sujeitos segundo a antiguidade profissional

A mediana é de 4.5 anos e na assimetria da distribuição apresenta-se o mesmo que com a variável idade.

Quanto à antiguidade no serviço, verifica-se que 75% da amostra exerce funções neste serviço em questão, há menos de 5 anos, 20% entre os 5 e os 10 anos, e só 5 % entre os 11 e os 20 anos. Estabelece-se, assim, uma média de 3.9 anos no serviço (mínimo de 2 e máximo de 16), com um desvio-padrão de 3.18 anos e uma mediana de 3 anos. A assimetria da distribuição é semelhante às anteriores variáveis qualitativas ordinais.

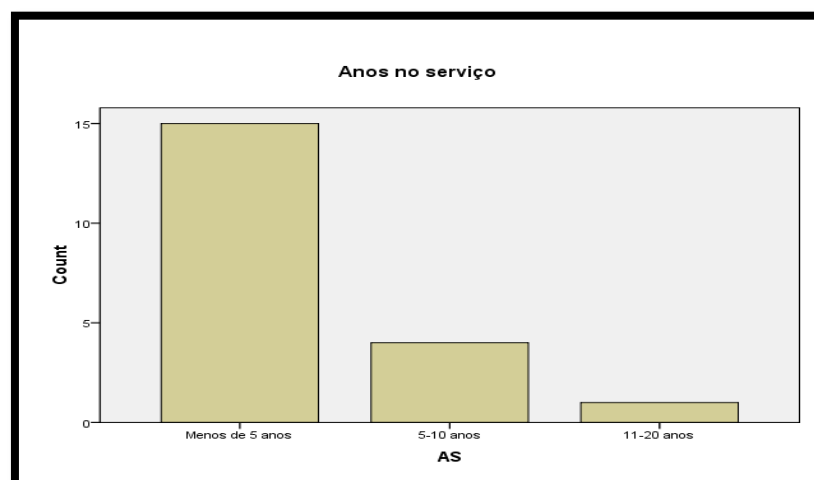


Gráfico 8 - Distribuição dos sujeitos segundo a antiguidade no serviço

5.2. Análise dos dados da Simulação Metodológica

Deste modo, para a **H₁** formulada: Será que existe mais *burnout* (exaustão emocional) de gravidade média a elevada nas mulheres nos profissionais do sexo feminino do que nos profissionais do sexo masculino?

H₀: A variável índice de *burnout* e sexo são independentes;

H₁: A variável índice de *burnout* e sexo não são independentes;

Quadro 3 – Sexo e *Burnout* (Exaustão Emocional)

Sexo * EE01 Crosstabulation

Count

		EE01		Total
		Baixo	Médio/Elevado	
Sexo	Masculino	1	2	3
	Feminino	6	11	17
Total		7	13	20

Quadro 4 – Teste Exacto de Fisher para Sexo e EE

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,004 ^a	1	,948	1,000	,730
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,004	1	,947		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,004	1	,949		
N of Valid Cases	20				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,05.

b. Computed only for a 2x2 table

No quadro 4, o valor $p = 1$ e logo, maior que $\alpha = 0.05$, não se rejeita a H_0 , e portanto, não se rejeita a possibilidade das variáveis *burnout* (exaustão emocional) e sexo serem independentes.

Para testar-se a H_2 , se existe mais *burnout* de gravidade média a elevada nos profissionais mais velhos que nos profissionais mais jovens, obtém-se:

H_0 : A variável índice de burnout e faixa etária são independentes;

H_1 : A variável índice de burnout e faixa etária não são independentes

Quadro 5 – Faixa Etária e *Burnout*

Faixa * EE01 Crosstabulation

Count

		EE01		Total
		Baixo	Médio/Elevado	
Faixa	Menos de 30	4	9	13
	31-40	1	4	5
	41-50	1	0	1
	Mais de 50	1	0	1
Total		7	13	20

Quadro 6 – Teste Exacto de Fisher para EE e Faixa Etária

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,073 ^a	1	,787	1,000	,594
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,072	1	,788		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,070	1	,792		
N of Valid Cases	20				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,75.

b. Computed only for a 2x2 table

Sendo o valor $p = 1$ e $\alpha = 0.05$, não se rejeita H_0 , e portanto, não se rejeita a hipótese das variáveis testadas serem independentes.

Respeitante à variável estado civil e *burnout*, a H_3 , tentou compreender-se, se existe mais *burnout* de gravidade média a elevada nos profissionais casados ou em união de facto do que nos profissionais solteiros, e portanto:

H_0 : A variável *burnout* e estado civil são independentes;

H_1 : A variável *burnout* e estado civil não são independentes;

Quadro 7 – Estado Civil e *Burnout*

EC * EE01 Crosstabulation

Count		EE01		Total
		Baixo	Médio/Elevado	
EC	Solteiro	4	10	14
	Casado	0	1	1
	União de Facto	1	2	3
	Divorciado	2	0	2
Total		7	13	20

Quadro 8 – Teste Exacto de Fisher para EE e EC

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,848 ^a	1	,357		
Continuity Correction ^b	,167	1	,682		
Likelihood Ratio	,829	1	,363		
Fisher's Exact Test				,613	,336
Linear-by-Linear Association	,805	1	,370		
N of Valid Cases	20				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,10.

b. Computed only for a 2x2 table

Este último quadro demonstra que sendo o valor $p = 0.613$ e portanto, maior que $\alpha=0.05$, não se rejeita a H_0 , e portanto, não se rejeita a possibilidade das variáveis *burnout* (exaustão emocional) e estado civil serem independentes.

Para a **H4**: Será que existe mais *burnout* de gravidade média a elevada nos profissionais com contrato individual de trabalho que nos profissionais pertencentes ao quadro de pessoal?

H_0 : A variável *burnout* e tipo de contrato (CIT ou Quadro) são independentes;

H_1 : A variável *burnout* e estado civil (CIT ou Quadro) não são independentes;

Quadro 9 – Tipo de Contrato e *Burnout*

tipo_contrato01 * EE01 Crosstabulation

Count

		EE01		Total
		Baixo	Médio/Elevado	
tipo_contrato01	CIT	5	12	17
	Quadro	2	1	3
Total		7	13	20

Quadro 10 – Teste Exacto de Fisher para TC e EE

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,556 ^a	1	,212		
Continuity Correction ^b	,349	1	,555		
Likelihood Ratio	1,482	1	,224		
Fisher's Exact Test				,270	,270
Linear-by-Linear Association	1,478	1	,224		
N of Valid Cases	20				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,05.

b. Computed only for a 2x2 table

Como o valor $p = 0.270$ e portanto, maior que $\alpha=0.05$, não se rejeita a H_0 , e portanto, não se rejeita a possibilidade das variáveis *burnout* (exaustão emocional) e tipo de contrato serem independentes.

No teste da H_5 : será que existe mais *burnout* de gravidade média a elevada nos profissionais com mais anos de profissão que nos profissionais com menos anos de profissão? E portanto:

H_0 : A variável *burnout* e a variável anos de profissão são independentes;

H_1 : A variável *burnout* e a variável anos de profissão não são independentes;

Quadro 11 – Anos de Profissão e *Burnout*

AP * EE01 Crosstabulation

Count

		EE01		Total
		Baixo	Médio/Elevado	
AP	Menos de 5 anos	1	8	9
	5-10 anos	4	4	8
	11-20 anos	0	1	1
	21-30 anos	1	0	1
	Mais de 30 anos	1	0	1
Total		7	13	20

Quadro 12 – Teste Exacto de Fisher para AP e EE

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,039 ^a	1	,081		
Continuity Correction ^b	1,618	1	,203		
Likelihood Ratio	3,101	1	,078		
Fisher's Exact Test				,160	,102
Linear-by-Linear Association	2,887	1	,089		
N of Valid Cases	20				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,15.

b. Computed only for a 2x2 table

O valor $p = 0.160$ e portanto, maior que $\alpha=0.05$, logo, não se rejeita-se a H_0 , sendo as variáveis independentes.

Quanto à H_6 , aos anos de serviço, pretende compreender-se, se, existe mais *burnout* de gravidade média a elevada nos profissionais com mais anos no serviço que nos profissionais com menos anos no serviço?

H_0 : A variável burnout e anos no serviço são independentes;

H_1 : A variável burnout e anos no serviço não são independentes;

Quadro 13 – Anos no Serviço e *Burnout*

AS * EE01 Crosstabulation

Count		EE01		Total
		Baixo	Médio/Elevado	
AS	Menos de 5 anos	5	10	15
	5-10 anos	1	3	4
	11-20 anos	1	0	1
Total		7	13	20

Quadro 14 – Teste Exacto de Fisher para AS e EE

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,073 ^a	1	,787	1,000	,594
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,072	1	,788		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,070	1	,792		
N of Valid Cases	20				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,75.

b. Computed only for a 2x2 table

Logo, sendo o valor $p = 1$, superior ao $\alpha=0.05$, não se rejeita H_0 , ou seja, há evidência da independência das variáveis.

Analisando, agora, a satisfação profissional, formulou-se a **H7**: será que existe mais *burnout* de gravidade média a elevada nos profissionais de enfermagem com menos satisfação profissional? E para tal,

H_0 : A variável burnout e a variável satisfação profissional são independentes;

H_1 : A variável burnout e a variável satisfação profissional são independentes;

Quadro 15 – Satisfação Profissional e *Burnout*

satisfação_profissional * EE01 Crosstabulation				
Count		EE01		Total
		Baixo	Médio/Elevado	
satisfação_profissional	Satisfação/Média Satisfação	5	10	15
	Não Satisfação	2	3	5
Total		7	13	20

Quadro 16 – Teste Exacto de Fisher para SP e EE

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,073 ^a	1	,787	1,000	,594
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,072	1	,788		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,070	1	,792		
N of Valid Cases	20				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,75.

b. Computed only for a 2x2 table

Verifica-se, assim, que o valor $p = 1$ e logo, maior que $\alpha = 0.05$, e portanto, não se rejeita a H_0 , de que, as variáveis são independentes.

Por fim, deseja-se testar a H_8 , se a saúde mental interfere nos níveis de *burnout*, ou seja, se existe mais *burnout* médio a elevado nos profissionais de enfermagem que apresentam menos saúde mental, e assim:

H_0 : A variável *burnout* e a variável saúde mental (M.H.I.) são independentes;

H_1 : A variável *burnout* e a variável saúde mental (M.H.I.) não são independentes;

Quadro 17 – Saúde Mental e *Burnout*

M.H.I. * EE01 Crosstabulation

Count

		EE01		Total
		Baixo	Médio/Elevado	
M.H.I.	Baixo	1	3	4
	Médio/Alto	6	10	16
Total		7	13	20

Quadro 18 – Teste Exacto de Fisher para SM e EE

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,220 ^a	1	,639		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,229	1	,632		
Fisher's Exact Test				1,000	,561
Linear-by-Linear Association	,209	1	,648		
N of Valid Cases	20				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,40.

b. Computed only for a 2x2 table

Nota-se, então, que sendo o valor $p = 1$, superior ao $\alpha=0.05$, não se rejeita H_0 , e assim sendo, não existe dependência entre a variável *burnout* e a variável saúde mental.

Como referido, anteriormente, outro teste alternativo a variáveis nominais dicotómicas e ordinais, seria a Regressão Logística Binária e sendo assim, para H_1 , obteve-se:

Quadro 19 – Codificação da variável Sexo

Categorical Variables Codings		
		Parameter coding
		(1)
Sexo	Masculino	3
	Feminino	17

Quadro 20 – Codificação da variável EE

Dependent Variable Encoding	
Original Value	Internal Value
Baixo	0
Médio/Elevado	1

Quadro 21 – Regressão Logística Binária para Sexo e EE

Variables in the Equation								
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)
								Lower Upper
Step 1 ^a	Sexo(1)	-,087	1,326	,004	1	,948	,917	,068 12,322
	Constant	-,606	,508	1,426	1	,232	,545	

a. Variable(s) entered on step 1: Sexo.

Aqui, pode igualmente, constatar-se que sendo o valor $p = 0.948$ e superior a $\alpha = 0.05$, que se rejeita a H_0 . Outro dado presente nesta análise é que, sendo a *Odds Ratio* (OR) = 0.917, e logo perto de 1, com um Intervalo de Confiança a 95% de 0.068 e de 12.322, e pertencente a este intervalo, verifica-se que não existe relação entre as variáveis em estudo e portanto, a influência do sexo sob a EE, não é estatisticamente significativa.

Quanto à H_2 , obtém-se resultados concordantes com o teste Exacto de Fisher.

Quadro 22 – Regressão Logística Binária para FE e EE

variables in the Equation								
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)
								Lower Upper
Step 1 ^a	Faixa_Etária			,205	3	,977		
	Faixa_Etária(1)	22,014	40192,962	,000	1	1,000	3,635E9	,000 .
	Faixa_Etária(2)	22,589	40192,962	,000	1	1,000	6,462E9	,000 .
	Faixa_Etária(3)	,000	56841,438	,000	1	1,000	1,000	,000 .
	Constant	-21,203	40192,962	,000	1	1,000	,000	

a. Variable(s) entered on step 1: Faixa_Etária.

Quanto à **H₃**, obtém-se:

Quadro 23 – Regressão Logística Binária para EC e EE

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	estado_civil01(1)	,916	1,008	,826	1	,363	2,500	,346	18,039
	Constant	,000	,816	,000	1	1,000	1,000		

a. Variable(s) entered on step 1: estado_civil01.

Seguindo a mesma linha de análise e constatando-se que o valor $p=0.363$, e portanto, rejeita-se a H_0 , e sendo a $OR= 2.5$ e pertencendo o 1 ao IC, verifica-se que a influência entre EC e EE não é estatisticamente significativa.

Para **H₄**:

Quadro 24 – Regressão Logística Binária para TC e EE

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	tipo_contrato01(1)	1,482	1,338	1,226	1	,268	4,400	,319	60,614
	Constant	-,693	1,225	,320	1	,571	,500		

a. Variable(s) entered on step 1: tipo_contrato01.

Constata-se, então, que o valor $p=0.268$, e portanto, rejeita-se a H_0 , e sendo a $OR= 4.4$ e pertencendo o 1 ao IC, verifica-se que a influência entre EC e EE não é estatisticamente significativa.

Procedeu-se à mesma análise com as restantes hipóteses e variáveis (anos de profissão, anos no serviço, satisfação profissional e saúde mental), verificando-se, à semelhança das supracitadas, a sua independência.

5.3. Discussão dos Resultados da Simulação Metodológica

Posteriormente a todo o trabalho de campo, é basilar compreender a importância da interpretação dos resultados, de modo a visualizar explicações alternativas e/ou até contrárias àquelas que, inicialmente, conduziram o estudo.

A questão subjacente a este trabalho e que motivou o seu desenvolvimento incrementa a preocupação de compreender se os profissionais de enfermagem que trabalham num serviço de administração de quimioterapia apresentam níveis de *burnout* e quais os quadros presentes deste síndrome e a sua gravidade. Perante isto, germinaram objectivos específicos do estudo que consistem, generalizadamente, em avaliar a saúde mental e a satisfação profissional dos enfermeiros em questão, identificar factores geradores de stresse e, consequentemente, *burnout* e identificar estratégias individuais ou institucionais de promoção e prevenção deste fenómeno.

Numa primeira análise descritiva e estatística e relatando, então, os dados resultantes desta pequena e reduzida investigação e confrontando-os com os objectivos específicos delineados e com as hipóteses enunciadas, e também, com a fundamentação teórica exposta, verifica-se, primeiramente, que esta pequena amostra é, essencialmente, feminina e portanto, representativa da classe de enfermagem, que é maioritariamente, do sexo feminino, comprovando-se que esta profissão do cuidar é, essencialmente, exercida por mulheres.

O questionário M.B.I. foi o primeiro instrumento a ser aplicado, pois será através dele que se prevê chegar ao objectivo fulcral de todo este projecto. Contudo, há que ressaltar que com a análise deste, criaram-se, automaticamente, uma panóplia de variáveis, que superam o número da amostra e dos participantes, que é bastante reduzida. Este facto condicionou, fortemente, a resolução do projecto e a interpretação dos dados obtidos, todavia, o fundamental seria testar os instrumentos e compreender a adesão dos participantes a este.

Quando se pretende saber se o *burnout* (exaustão emocional) e o sexo estão associados, verifica-se, neste estudo e com esta amostra, que não existe associação entre eles e portanto, são independentes. Ora existem alguns autores, como BLACKWELL (1986) citado por COLFORD (1989) que consideram as mulheres, o sexo que experiencia mais stresse e consequente *burnout*, mas que por outro lado, também,

mobilizam mais suportes e estratégias externas para lidarem com ele. Por outro lado, a autora de que já falámos tanto neste trabalho, Christina Maslach (1996), verificou no seu estudo, desenvolvido nos E.U.A. a uma população estatisticamente significativa de 1025 indivíduos profissionais de serviços (advogados, médicos, polícias, enfermeiras, professoras e assistentes sociais), que as mulheres apresentavam um valor de exaustão emocional maior do que os homens, e por outro lado, estes apresentaram um valor de despersonalização maior que o das mulheres. Na realização pessoal, os homens apresentaram valores mais elevados do que o das mulheres, quer em frequência, quer em intensidade. Neste estudo, e apesar de a amostra não ser significativa, estatisticamente, verifica-se que tanto os homens como as mulheres, apresentam valores médio a elevados de exaustão emocional e de despersonalização, mas que na realização pessoal, são os homens que apresentam valores mais baixos de *burnout*.

SUTHERLAND (1990) sedimenta, ainda, que as mulheres licenciadas têm como factor acrescido de risco, a dupla responsabilidade familiar e laboral e um maior número de perturbações afectivas no início da carreira.

O estudo nacional desenvolvido por SÁ (2002) na área da oncologia, determina que não existem diferenças no nível de *burnout* entre homens e mulheres, assemelhando-se aos resultados deste trabalho.

Quanto à faixa etária da nossa amostra, é possível ver-se que a maioria dos participantes apresenta uma idade inferior a 35 anos, sendo que grande parte desta se concentra nos 24 anos. Mesmo assim, verificou-se que as variáveis são independentes, mas que, contudo, são os elementos mais novos, com idade inferior aos 35 anos, que apresentam níveis de gravidade média a elevada de *burnout* (exaustão emocional). Os enfermeiros mais velhos apresentam índices de exaustão emocional baixos.

Estes dados assemelham-se aos obtidos noutros estudos, e sedimentam a teoria de alguns autores ao afirmarem que o facto de uma equipa de enfermagem pertencer a uma faixa etária jovem, prediz a existência da necessidade de segurança, de reconhecimento e de auto-afirmação, proporcionando uma maior frustração, quando tudo isto não se verifica (GLOWINKOWSKI *et al.*, 1986). Na verdade, as pessoas pertencentes a uma faixa etária mais jovem apresentam valores mais elevados de despersonalização, de exaustão emocional e menores valores de realização pessoal, alterando-se, opostamente, assim que aumenta a idade, e este facto está mesmo

relacionado com a necessidade de promoção e concretização de projectos pessoais, que com as intempéries vivenciadas na carreira de enfermagem, são dificultados, proporcionando desmotivação profissional e pessoal.

Relativamente ao estado civil, a maioria da nossa amostra revela que 70% dos profissionais são solteiros, facto este também relacionado com a idade jovem. Apesar da análise estatística constatar que o *burnout* (EE) e o estado civil são variáveis que são independentes entre si e não se relacionam, percebe-se que os solteiros e casados são aqueles que apresentam um nível de gravidade média a elevada de exaustão emocional e só os divorciados apresentam baixo nível. Esta variável, como dizem alguns autores, apresenta alguns contrastes, pois afirmam que os indivíduos casados ou em união de facto apresentam maior exaustão emocional, enquanto que os solteiros e divorciados apresentam maiores valores de despersonalização e realização pessoal, afastando-se um pouco dos resultados obtidos no presente trabalho. Presume-se que a idade predominante nesta equipa seja a inferior a 30 anos e por tal, ainda serem solteiros, e como se verificou, anteriormente, serem aqueles que apresentam um nível menos baixo de *burnout*.

Num estudo nacional realizado por GOMES *et al* (2008), os autores validaram que os profissionais casados assumem uma maior vontade de abandonar a profissão e manifestam uma maior dificuldade a nível da aptidão física, enquanto que os profissionais solteiros tendem a apresentar mais sinais e sintomas de stress devido à instabilidade da carreira de enfermagem. Já QUEIRÓS (2005) e MASLACH (1996) afirmam que o estado civil casado poderá ser mais propenso ao esgotamento ou funcionar como um factor protector e amortecedor dos problemas profissionais, o que não se verifica nesta pequena simulação metodológica.

O tipo de contrato é outra variável que, também, pode apresentar alguns contrastes na sua interpretação. Ora vejamos, com a análise estatística utilizada e os testes de hipóteses já referidos, anteriormente, verificou-se que o *burnout* (EE) e o tipo de contrato são independentes, e portanto, não se relacionam. Posteriormente, compreende-se que os indivíduos com contrato individual de trabalho (que são também, os mais jovens e os solteiros) são aqueles que manifestam um nível de gravidade média a elevada de EE. Isto vai de encontro ao estudo realizado por LOUREIRO *et al* (2008) que verificou que os trabalhadores em regime de contrato individual de trabalho ou

temporário apresentavam maior EE e mais cinismo, possivelmente, relacionada com a instabilidade profissional, gerando insegurança e preocupação a nível individual e/ou familiar e dificuldade em perspectivar um futuro estável. Já os indivíduos que pertencem ao quadro efectivo de pessoal ou que exercem com um contrato de substituição apresentam níveis baixos de EE.

Já SÁ (2002) ao estudar os profissionais de oncologia, percebeu, contrariamente, que os enfermeiros pertencentes ao quadro institucional se sentem mais enfraquecidos emocionalmente e mais despersonalizados.

Referenciando a variável anos de profissão, averigua-se neste pequeno e não extrapolável estudo, que existe evidência de dependência entre o *burnout* e esta variável independente. Já referia VAZ SERRA (1999) que o síndrome de *burnout* é característico dos anos iniciais da actividade profissional muito relacionado com as expectativas irrealistas que carregam no início e com os ideais elevados, elevada motivação e investimento emocional. Esta facto valida, assim, os resultados obtidos no nosso estudo ao constatar-se que são os profissionais com menos de 10 anos de profissão que apresentam níveis de gravidade média a elevada de exaustão emocional e logo, *burnout*. De salientar, que a equipa apresenta, também, poucos anos de experiência profissional, sendo que a maioria apresenta 5 ou menos anos de exercício.

Por outro lado, ao descobrir se existe relação entre *burnout* e os anos de serviço, constata-se que não existe relação entre estas duas variáveis e que são independentes. Na mesma ordem de raciocínio, percebe-se que a maioria da amostra pertence ao serviço há cerca de 2 anos e que é essa maioria que manifesta maiores níveis de *burnout*, estando este facto relacionado, com os dados teóricos já confrontados, para a antiguidade na profissão.

Quanto ao questionário do M.H.I., foi utilizado para avaliar a saúde mental dos enfermeiros, e por tal, foi o segundo a ser aplicado a esta amostra. Pretendia-se perceber se estes profissionais apresentavam uma saúde mental positiva ou negativa e se isso influenciaria, ou desencadearia, mais facilmente, o fenómeno de *burnout*. Numa primeira análise estatística, verifica-se que grande parte dos profissionais apresentam valores médios a elevados e que, portanto, apresentam as categorias de afecto positivo e laços emocionais elevados e portanto, bem-estar psicológico e menores valores na ansiedade, depressão e perda de controlo, não ostentando distresse psicológico. Mais

concretamente, o que é apurado é que os profissionais que apresentam um nível médio a elevado de saúde mental, também são aqueles que apresentam valores médio a elevados de exaustão emocional. Confrontando estes dados com os da EE e testando-se se existe dependência entre saúde mental e o *burnout*, a estatística revela que não existe relação entre estas.

Um estudo muito recente de SÁ (2011) com enfermeiros provenientes da área da oncologia pretende compreender se existe associação entre *burnout* e saúde mental, determinando que a exaustão emocional é a categoria que mais contribui para os valores da saúde mental, colaborando, ainda, com cerca de 20% na variabilidade desta variável nestes profissionais de saúde.

De facto, os estudos não são determinantes em compreender a influência de uma boa saúde mental no aparecimento de *burnout*, mas alguns autores, como SILVA (2000), descrevem que o sofrimento do indivíduo poderá trazer consequências sobre o seu estado de saúde mental e sobre o seu desempenho, através das alterações e disfunções pessoais e organizacionais. Portanto, sentimentos como a inutilidade e a desqualificação e o pensamento depressivo e pessimista podem condensar os aspectos negativos do contexto organizacional, ampliando-os, e através de um síndrome de *burnout*, obtém-se um distresse psicológico e uma saúde mental menos positiva.

Através do questionário de Satisfação Profissional pretendeu-se saber como os profissionais inquiridos se manifestavam face à satisfação perante a sua profissão e compreender se existia alguma relação entre esta e o *burnout* que apresentavam. É importante referir que só se utilizou uma parte da versão original do citado questionário, visto somente querer obter-se o score total de satisfação e não saber em que categorias os profissionais se sentem mais satisfeitos ou menos satisfeitos.

Verifica-se então que, apesar de existir um grupo não-satisfeito profissionalmente, a maioria sente-se moderadamente satisfeito e poucos são aqueles que estão próximos da satisfação total. Contraditoriamente, a maioria destes enfermeiros, apesar de satisfeitos, apresentam-se exaustos emocionalmente, e com níveis médios a elevados de *burnout*. Ao testar se existe relação entre *burnout* e satisfação profissional nota-se que estas são independentes.

Apesar de existirem poucos estudos nacionais acerca de *burnout* e satisfação profissional, a autora CARLOTTO, em 2002, numa análise de correlação entre estas duas variáveis, constatou que quanto menor a satisfação, com a supervisão, com o ambiente físico, com as políticas de organização, com o conteúdo do trabalho e com a participação nas decisões, maior seria a dimensão EE e o desgaste.

Ainda neste questionário, houve a possibilidade dos envolvidos responderem a uma pergunta aberta, identificando os factores geradores de stresse e consequente *burnout* e as estratégias que consideram poderem ser eficazes para uma mudança e para uma melhoria deste quadro. Assim sendo, a maioria dos enfermeiros evidenciou a falta de trabalho e comunicação em equipa multidisciplinar, a desmotivação, as condições físicas de trabalho e de higiene e segurança, equipa jovem e inexperiente, carga horária, sentimento de impotência perante algumas das situações do doente e família, gestão deficiente dos recursos físicos e humanos, desvalorização da profissão por outras classes profissionais e pelos superiores hierárquicos, especificidade do serviço (administração de citostáticos), pouca autonomia nas decisões e poucas competências, baixa remuneração, exigências dos doentes e família, falta de rigor num sistema de avaliação profissional e contínuo desgaste físico, psicológico e emocional.

Estes factores enunciados vão de encontro ao pressuposto por vários autores visto, por exemplo, GLOWINKOWSKI (1986), já citado anteriormente, considerar, também, como factores geradores de stresse e *burnout*, os factores intrínsecos à profissão, como o trabalho repetitivo sob pressão do tempo e o trabalho em excesso, podendo estes desencadear um risco acrescido de patologias cardiovasculares, bem como, um aumento dos níveis de ansiedade e depressão.

Já PEIRO *et al* (1994), por outro lado, considera que na sequência do desenvolvimento da própria actividade profissional, vão surgindo outros geradores de instabilidade, como as tarefas ambíguas e pouco claras, mas com um grau de exigência maior, e com sentido de responsabilidade por outros, inerente, que poderão produzir tensão no local de trabalho, insatisfação profissional e o desejo de abandonar a instituição empregadora. Na verdade, a maioria destes enfermeiros que compõem a nossa amostra, manifestou um claro interesse de mudança de profissão ou de local de trabalho.

As más relações no trabalho, tanto com os superiores hierárquicos como com colegas e subordinados, poderão ser um fomentador de stresse, mas por outro lado, se boas, também poderão ser um factor protector, contribuindo para o suporte social do indivíduo. De facto, é evidente que o stresse aumenta quando não há comunicação e existe tensão entre trabalhador e organização, e quando não existe motivação nem identificação com o tipo de trabalho (LEAL, 1995).

Como já referido, anteriormente, na área da oncologia, o contacto com a dor e com o sofrimento é inevitável, obrigando o profissional a lidar com a doença crónica e com alguma limitação terapêutica e com a sua própria limitação na autonomia profissional, transferindo ao profissional sentimentos de impotência e de inutilidade (VANHOORNE, 1993), e se por um lado existem doentes que valorizam o esforço do enfermeiro e a sua dedicação, também existem outros que devido à literacia e ao poder da comunicação social acabam por desvalorizar a sua competência. Nos dias de hoje, assiste-se a uma manipulação do conceito de bem-estar e qualidade dos cuidados, proporcionado à população mais insegurança pelos cuidados de saúde, tornando-a mais intolerante ao sofrimento, mais ambiciosa nos tratamentos disponíveis e na cura e, por vezes, um pouco insensata aquando da hipervalorização da sintomatologia mais comum (OTERO, 1993).

Outro factor reconhecido pelos enfermeiros refere-se à especificidade do serviço em questão, sabendo-se de antemão que é um serviço onde se administra quimioterapia. Por tal, e compreendendo as características já descritas de um serviço de oncologia e de administração de citotóxicos, é imposto aos profissionais de saúde que realizem punções venosas e outros procedimentos invasivos. Ora o facto de se provocar dor e sofrimento ao outro, é um factor gerador de stresse para o enfermeiro ao ter que abstrair-se desse sentimento e concentrar-se na eficácia do procedimento, sendo que alguns doentes, também, não o aceitam da melhor maneira (OTERO, 1993). A exposição a doenças contagiosas (VIH e Hepatites) através destes procedimentos e a exposição a químicos tóxicos ambientais, como é o caso dos citostáticos, provoca no profissional de enfermagem algum receio e insegurança na sua prática e medo de consequências no seu próprio estado de saúde (COLFORD, 1989).

O horário a que estes profissionais estão submetidos, nomeadamente, o trabalho por turnos ou excesso de horas seguidas são outros factores importantes para o

aparecimento de *burnout* (OTERO, 1993), associado, a repetição e mecanicismo das tarefas e funções e tipologia de doentes (mesma reacção para com o diagnóstico de doença oncológica).

Quanto aos factores extrínsecos está inerente o facto de estes profissionais trabalharem diariamente num local com inadequada ventilação, submetidos a luz artificial, com espaço limitado, influenciando negativamente a prestação profissional de cada um e o seu conforto e motivação no local de trabalho. Também, alguns aspectos organizacionais, como a insuficiência de recursos humanos e materiais e o facto de as necessidades reais dos trabalhadores serem ignoradas, provocam instabilidade profissional (LEAL, 1995). O elevado número de doentes e de tratamentos, por vezes simultaneamente, e a pressão do tempo são considerados como alguns dos mais intensos factores geradores de stress entre os profissionais de saúde (LEAL, 1995) e que foram, igualmente, enunciados pelos enfermeiros que participaram neste trabalho de projecto.

Como é evidente, há sempre alternativas e soluções apresentadas por aqueles que estão insatisfeitos e que têm motivação para assistir e conduzir mudanças. Sendo assim, algumas estratégias enunciadas pelos enfermeiros questionados passam por elaboração de protocolos de actuação, proporcionando mais autonomia, reuniões frequentes com a equipa multidisciplinar para discussão de casos clínicos, melhoria das instalações de trabalho, com mais recursos humanos e materiais, terapias de grupo e aconselhamento psicológico ou psicoterapia, redução da carga horária, humanização das relações profissionais pelos superiores hierárquicos, avaliação de competências mais regulares e coerentes e auditorias externas.

Para (LEAL,1995), entre outros autores, os serviços deveriam assegurar os recursos humanos ideais e necessários, melhorar as condições físicas de trabalho, as condições mínimas de segurança, assegurar ao profissional alguns benefícios, como, a remuneração das horas extraordinárias e suplementares e a criação de creches e jardins de infância para os filhos dos profissionais, dentro da instituição, adequar os horários ao ritmo e à necessidade de descanso dos trabalhadores, fomentar a formação de grupos de ajuda mútua, que promovam variadas actividades e troca de experiências e, ainda, garantir uma consulta anual, pelo serviço de saúde ocupacional, avaliando a saúde mental e física do trabalhador, prevenindo o absentismo.

A OIT reconhece que, praticamente, todas as profissões padecem de stresse ocupacional, podendo gerar *burnout*. Todavia, a profissão de enfermagem parece ser aquela que é mais familiarizada com o tema e alvo, consequente, de estudos e investigações. Na verdade, a própria entidade patronal e a organização deve ser responsável por motivar os seus trabalhadores e deverá, portanto, criar condições para a identificação dos trabalhadores com as suas tarefas e funções, e ainda, criar uma via de comunicação para o diálogo entre as várias estruturas organizacionais, incitando ao diálogo e à colaboração e espírito de equipa entre os trabalhadores e seus superiores.

6 – CONCLUSÃO

O presente trabalho surgiu da preocupação constante por uma classe profissional que sempre existiu associada ao cuidar, ao respeito pelo outro e ao oferecer a mão, em momentos de angústia e de desesperança. Fala-se da Enfermagem como uma profissão desgastante física e emocionalmente, e, presentemente, instável, mas sempre capaz de responder ao sofrimento, de ajudar a atenuá-lo e a proporcionar conforto com um sorriso na face e uma voz ténue de solidariedade e compaixão. Fala-se da relação de ajuda do Enfermeiro para com o doente, da qualidade dos cuidados de saúde prestados, mas é também muito importante, que se fale da saúde do Enfermeiro, da relevância de valorizar a sua vocação e de cuidar deste profissional para que ele possa cuidar do outro!

Com esta linha de pensamento, estudou-se um pequeno grupo de enfermeiros que trabalham num serviço de administração de quimioterapia de um instituto oncológico, com o intuito de compreender se estes apresentam níveis de *burnout* e posteriormente, avaliar a sua saúde mental e a sua satisfação profissional, caracterizando as variáveis sócio-demográficas, envolvendo-as em todo o processo e identificando quais os factores geradores de stresse e *burnout* para estes enfermeiros e que estratégias sugerem para a sua diminuição.

Apesar de ser um tema já discutido e explorado por outros autores, o *burnout* é um fenómeno intrínseco à profissão de enfermagem, e o facto de existirem estudos correlacionais e explorativos e investigadores atentos a esta dimensão, é uma mais-valia para todos aqueles que a desempenham e que tentam ser reconhecidos e valorizados como indispensáveis que são.

Um novo conceito de Saúde Pública emerge, distinguindo-se pela sua essência na compreensão abrangente de que os estilos de vida e as condições de vida de cada um, inclusive o trabalho, determinam o estado de saúde de cada indivíduo, e reconhecendo que a necessidade de mobilizar recursos e fazer investimentos sólidos em políticas, programas e serviços, e criar um suporte social e ambiental estável, poderá manter e proteger a saúde de todos (WHO, 1998). Na verdade, a WHO (1998) reconhece o *burnout* como o risco ocupacional para profissionais das áreas de saúde, levando ao mal-estar físico e psíquico, comprometendo a conduta profissional, repercutindo-se nas

organizações, com o aumento do absentismo e dos conflitos interpessoais, tornando a questão como uma prioridade na saúde pública.

Durante todo o desenvolvimento do presente trabalho e repensando-o, é possível verificar, agora, que se poderiam ter optado por outros caminhos. O facto de a amostra ser de reduzidas dimensões e estatisticamente não significativa, proporcionou algumas dificuldades em toda a análise estatística, apresentando dados, por vezes, incongruentes face a toda a fundamentação teórica pesquisada. É importante planear-se a experiência, apropriadamente, ou seja, determinar de antemão a dimensão mínima das amostras para que se verifiquem as condições de aplicabilidade dos testes estatísticos.

Uma outra limitação deve-se aos instrumentos de colheita de dados utilizados necessitarem de uma morosa e exaustiva interpretação e, na sua análise, não possibilitarem uma concreta medição das variáveis implicadas. Poderiam também ser sido aplicados mais espaçadamente, não coagindo os inquiridos a responder de imediato e, talvez, sem auto-reflexão. A ausência de enfermeiros mais antigos por motivos de doença e de licença de maternidade condicionaram ainda a dimensão da nossa amostra

Os viéses que acompanharam todo o desenrolar do trabalho, como o facto do investigador pertencer à própria amostra, poderá ter influenciado de algum modo, as respostas dos restantes participantes. Com este projecto, e apesar de se reforçar que os dados não devem ser utilizados para fins comparativos, obtiveram-se resultados esperados e outros contrários, mas na verdade, uma investigação é isto mesmo, ser capaz de visualizar explicações alternativas e estar disponível a diferentes possibilidades e hipóteses e a realizar contrastes e triangulações, convergindo a informação com o trabalho de outros autores e métodos utilizados.

Sendo assim, e como investigar não é fazer com que os dados recolhidos vão de encontro às iniciais expectativas do investigador, mas sim, relatar e relacionar os dados resultantes de todo o trabalho investigativo, constata-se que a nossa amostra é, maioritariamente, do sexo feminino, jovem, de estado civil solteiro, com contrato individual de trabalho, com no máximo 5 anos de exercício profissional, sendo 2 deles no actual serviço que serviu de estudo.

Através da aplicação do questionário M.B.I., M.H.I. e Questionário de Satisfação Profissional, constatou-se que a maioria deste grupo, mais precisamente 65%, apresenta valores médios e elevados de *burnout* (exaustão emocional), valores

médios a elevados na avaliação da saúde mental, portanto, uma saúde mental positiva e valores compatíveis com Satisfação e satisfação profissional moderada, respectivamente.

Na verdade, é importante focar-se a atenção nesta equipa que, por ser jovem, ostenta aspirações e expectativas, que ao não serem alcançadas produzem sentimentos de frustração e de inutilidade, tornando-a mais desmotivada e desajustada da realidade.

Apesar de, aquando da análise estatística e testes de hipóteses, se ter verificado que só existe associação entre a variável anos de profissão e *burnout* e não se ter encontrado associação entre as outras características sociodemográficas e o fenómeno em estudo, existem estudos, com amostras mais significativas, que demonstraram a sua associação.

Contudo, subsiste um senão e uma curiosidade, em todo este percurso, na expectativa de se pensar que os profissionais de enfermagem com mais anos de experiência seriam aqueles que poderiam apresentar níveis elevados de *burnout*. Na verdade, vem este estudo ajudar a supor uma competência da enfermagem, que poderá justificar estes dados: a resiliência. Ou seja, esta qualidade, que deverá futuramente ser explorada, é como um escudo protector dos enfermeiros que trabalham na área oncológica, e que é construída e fortalecida ao longo do seu exercício profissional, tornando estes profissionais mais optimistas e menos frustrados quanto ao presente e futuro. No presente trabalho, não se avaliou a resiliência dos profissionais, mas sim, a sua saúde mental em geral e com algumas limitações, contudo, seria proveitoso, no futuro, avaliar esta capacidade e perceber a sua importância e relevância na promoção e prevenção do fenómeno *burnout*.

Há que robustecer que existe alguma dificuldade metodológica na medição do *burnout*, visto ser possível confundir a variável dependente e a variável independente e portanto, alguns acontecimentos podem ser geradores de doença, mas a doença pré-existente também poderá ser causadora do acontecimento. É sempre ambíguo compreender e interpretar os factores que cada um considera como desgastante e as suas respostas a cada questionário, tendo em conta as características individuais de cada profissional de enfermagem e o seu subjectivismo e neuroticismo.

Mesmo assim, o presente estudo foi desenvolvido no sentido de visualizar novos horizontes e de se pensar em novas correlações, para que esta temática seja cada vez mais emergente e, minuciosamente, mais explorada em benefício de todos os profissionais de saúde envolvidos e de perceber a sua dimensão e implicação numa sociedade com *empowerment* e com um comportamento salutar.

Que custo tem o *burnout* para uma comunidade sustentável? Que estratégias organizacionais e inspiradas na saúde pública? COOPER (1999) refere que Portugal e as associações de empregadores e de trabalhadores assinaram um acordo histórico em 1991 no sentido da saúde e segurança do trabalho, assumindo uma preocupação pelas percentagens de absentismo laboral, provocado por depressão ou esgotamento entre outros, comprovando-se que o maior desafio será mesmo definir as melhores estratégias de promoção da saúde dos trabalhadores e a prevenção da doença, fazendo uma correcta e adequada análise dos custos e dos benefícios das actividades preventivas de stresse e *burnout*, de forma a incrementar a produção e a qualidade dos cuidados, neste caso.

Defronte dos estudos realizados por LEAL (1995), e na sequência destas estratégias e da sua importância, a grande conclusão depara-se com o facto de que para prevenir o stresse e, consequentemente, o *burnout*, é essencial que o profissional, bem como, os seus superiores, os serviços de saúde e a própria legislação reconheçam que este existe. Os profissionais envolvidos nesta simulação metodológica salientam como estratégias a priorizar: maximizar os factores protectores; aumentar o sentido de pertença ao serviço; aumentar a segurança monetária e um clima, ou ambiente de grupo positivo, com sessões de terapia de grupo.

No contexto de todo este projecto de investigação é imprescindível a necessidade de se evocar a primeira Conferência Internacional sobre a promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, que serve de inspiração a todo este trabalho, e às inquietações do investigador, que nas suas constatações tenta seguir o paralelismo do movimento de Saúde Pública, participando neste compromisso que é a Promoção da Saúde e a Protecção da Doença.

7. RECOMENDAÇÕES FINAIS

A investigação tem o papel fulcral de reforçar as bases científicas e contribuir para o desenvolvimento contínuo das profissões, sendo o resultado fornecer serviços de qualidade às pessoas e comunidade e aos profissionais (HOGSTEL *et al.*, 1986).

Através deste trabalho e desta simulação metodológica foi possível explorar um fenómeno bastante presente na vida laboral de cada profissional de enfermagem e relacioná-lo com outras variáveis, como a saúde mental e a satisfação profissional e outras variáveis independentes e sociodemográficas.

Contudo, seria proveitoso e benéfico conseguir um trabalho de investigação mais abrangente, utilizando uma amostra maior e mais significativa, ou seja, aplicar estes instrumentos à escala institucional, na mesma instituição onde foi proferido este projecto, comparando os diferentes serviços e as diferentes amostras ou até mesmo noutra instituição diferente, com vista a diminuir alguns viéses que se manifestaram.

Na minha perspectiva, apesar de já existirem mais estudos acerca desta temática, actualmente, ainda são pouco significativos e insuficientes para comparações futuras. Seria vantajoso utilizar estas variáveis independentes como a satisfação profissional e o *burnout* e compreender a sua correlação e as estratégias a adquirir para evitar que a não satisfação se instale.

A resiliência é aqui descrita como uma qualidade do enfermeiro, mas em estudos futuros, e nesta área da oncologia, especificamente, poderá ser estudada como uma nova competência a adquirir e a trabalhar, devendo ser fomentada em estudos e comprovada como benéfica para a saúde do trabalhador e qualidade dos cuidados.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA EUROPEIA DE SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO - Stresse relacionado com o trabalho. Revista Facts, N.º 22, 2002

ALBRECHT, K. – O gerente e o estresse. Tradução de Ricardo Brandão de Azevedo, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1998, p. 124-158.

ALVES, F.C.- A satisfação/ insatisfação docente - Contributos para um estudo da satisfação / insatisfação dos professores efectivos do 3ª ciclo do ensino básico e do ensino secundário do distrito de Bragança. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, 1991.

AVELLAR, L. *et al* – Sofrimento Psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. Psicologia em Estudo, Maringá, v.12, Set./Dez., 2007, p.475-481

BATISTA, P. – Stress e coping nos enfermeiros dos cuidados paliativos em oncologia. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em oncologia, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2008, p. 19-89

BARRACLOUGH, J. – Cancer and emotion. Wiley, Chichester, 1994

BEAGLEHOLE, R. *et al* – Epidemiologia Básica. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Julho, 2003, ISBN 972-98811-2-X

BELLAND, I. L.; PASSOS, J. Y. - Enfermagem clínica; aspectos fisiopatológicos e psicossociais. São Paulo: EPU/ Edusp, 1978. V. 1. P.446.

BENEVIDES - PEREIRA, A. – Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002.

BENEVIDES-PEREIRA, A. – O Estado da Arte do *Burnout* no Brasil. Revista Eletrônica InterAção Psy – Ano 1, nº 1- Agosto, 2003 – p. 4-11.

BLACK, D.; MITTELMARK, M. - Equity in health: a fundamental human right. In: IUHPE. *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Part two*, Brussels-Luxembourg, International Union for Health Promotion and Education, 1999, P. 156–164.

BOLANDER, Verolyn Rae – Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica. 1ª Edição; Lisboa; Lusodidacta, 1998; ISBN 972-96610-6-5, P. 330-365.

BORGES, L. *et al* – A síndrome de *Burnout* e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. Revista Psicologia: Reflexão Crítica. 2002; 15(1):189-200.

BORSOI, I. C. F; CODO, W. Enfermagem, trabalho e cuidado. Petrópolis: Vozes, cap.8: Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho.1995, P. 39-151.

BRINBERG, D; McGRATH, J. – A network of validity concepts within the research process. In D. Brinberg and L. Kidder (eds.), *Forms of validity in research*, San Francisco, Josey-Bass, 1982.

BURKE, R.J.; GREENGLASS, E.R. - A longitudinal Examination of Cherniss Model of Psychological *Burnout*. *Society Science medicine*. Vol. 40, Nº. 10, 1995, P. 1357-1363.

CAMPBELL, K. N. Adult education: helping adults begin the process of learning. *AAOHN Journal*, 1999,41 (1), 31-40.

CARVALHO, L.; MALAGRIS, L. - Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 2007, 7(3), 210-222.

CARLOTTO, M., CÂMARA, S - Análise da produção científica sobre a Síndrome de *Burnout* no Brasil., *Psico*, 39, 2008, P.152-158.

CARLOTTO, M. – Síndrome de *burnout* e satisfação no trabalho: um estudo com professores universitários. In: Benevides-Pereira. *Burnout*; quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002, p. 187-212

CHANG, E. *et al* – Role Stress in Nurses: review of related factors and strategies for moving forward. *Nurse Health Science*, 2005, 7, p. 57-65

CHAVES, E. Fatores Estressantes e Estratégias de Coping dos Enfermeiros Atuantes em Oncologia *Rev Latino-am Enfermagem*, 2008, janeiro-fevereiro; 16(1):24-28

CHROUSOS, GP; GOLD, P. Os conceitos e distúrbios do sistema de estresse. *Journal Am. Med. Assoc.* 1993, P.79-91.

CLAUS, K. *et al* – Job stress and other stress-related problems. In: *Living with stress and promoting well-being: a handbook for nurses*. Saint Louis: Mosby, 1980, P. 16-22

CODO, W. – *Burnout*: Síndrome da desistência. In W. Codo (Org.), *Educação: carinho e trabalho*, Petrópolis,1999, p.237-362

CODO, W.; SAMPAIO, J.; HITOMI, A. - Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1995.

COHEN, F. – Stress and bodily illness in stress and coping an anthology, 2ª Edição, New York, Columbia University Press, 1985, P. 40-54

COLLIERE, M. – *Promouvoir la vie*. 2ª Ed. Lidel, Lisboa, 1999, ISBN 972-757-109-3

COOPER, C; KASL, S. – *Managing workplace Stress*. SAGE Publications, California, USA, 1997.

COOPER, G.; MARSHALL, J. - Fontes Ocupacionais de "Stress": Uma revisão da literatura relacionada com Doenças Coronárias e com Saúde Mental. *Análise Psicológica*. 1982, 11 (2/3): 153 – 170.

COOPER, C. *et al* – Stress and health: issues in research methodology. John Wiley and Sons, UK, 1987, ISBN 0-471-91245-X.

COLFORD, J.; *et al* – The Ravelled Sleeve of Care. Managing the stresses of residency training. *JAMA*, vol. nº6, 261, February 10, 1989, P. 889-893;

CORDEIRO, J.D. A saúde mental e a vida (2ª ed.). Lisboa, Salamandra, 1987.

COSTA, José R. A., *et al* – *Stress no trabalho do enfermeiro*. Revista da Escola de Enfermagem da USP., S. Paulo, Vol. 37, nº 3, Set. 2003, ISSN 0080-6234, p.63-71

DANTAS, E. – A relação entre a saúde organizacional e a síndrome de *burnout*. Dissertação para pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2003.

DAVIES, K.; NEWSTROM, J.W. Comportamento humano no trabalho: Uma abordagem psicológica. São Paulo: Pioneira, 1992.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET C. - Psicodinâmica do trabalho: Contribuição da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. P.145.

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA DA ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA, Editora Verbo, Lisboa, 2001, ISBN 978-9722220-460 P. 4780

DOUGHERTY, L. *et al* – The Royal Marsden Hospital Manual of Clinical Nursing Procedures. 6th edition, Blackwell Publishing, UK, 2004, ISBN 1- 4051-0161-X

FALL, J.; ROSE, L. – Caring for patients who experience chemotherapy-induced side effects: the meaning for oncology nurses. *Oncology Forum*, 26, 5, 1999, p. 901-907

FERREIRA, L; MARTINO, M.- O estresse do enfermeiro: análise das publicações sobre o tema. *Rev. Ciência Médica*, Campinas, Maio/Junho, 2006, 15 (3):241-248;

FORTIN, M. O Processo de Investigação: da concepção à realização. Lusociência, Loures, 1999, ISBN 972-8383-10-X

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard – Stress, appraisal and coping. New York, Springer Publishing Company, 1982, ISBN 0-8261-4190-0; p. 11-21

FONTES, A. – Satisfação Profissional dos Enfermeiros, que realidade? Serviço de cuidados intensivos versus serviço de medicina. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2009.

- FRANCÉS, R. Satisfação no trabalho e no emprego. Porto: Rés Editora Lda.1984.
- FREUDENBERGER, H. J. - Staff Burn-Out. Journal of Social Issues. 30, (1), 1979, P.159-165.
- GAMBOA, N. – Cuidar para enfermeiros de UTI neonatal, descrição das categorias significantes. Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de S.Paulo, São Paulo, 1997
- GARCÉS DE LOS FAYOS, E. ET AL. Variables motivacionales y emocionales implicadas en el síndrome de Burnout en el contexto deportivo. Revista Electrónica de Motivación y Emoción, Castellón, v.5, n.11-12, 2002
- GARCIA. M. - Burnout professional en organizaciones. Boletín de psicología, 29, 7-27, 1990.
- GARCIA, A. P. - Motivação e satisfação no trabalho: uma pesquisa junto aos empregados de uma instituição bancária, a partir da teoria da motivação e higiene formulada por F. Herzberg. Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1985;
- GLOWINKOWSKI,S. et al – Organisational Issues in Stress Research. Journal of Managerial Psychology, 1986, vol.1, nº1, P.3-11
- GOLDBERGER, L.; BREZNITE, S. – Handbook of stress, theoretical and clinical aspects., The Free Press, McMillan, Inc., New York,1982, ISBN 0-02-911950-2
- GOLEMBIEWSKY,R. et al – Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis. Journal Ap. Behaviour Science, 1983, 19, p. 461-481
- GOMES, A.; et al – Stresse, saúde física, satisfação e burnout em profissionais de saúde: análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. In M.G. Pereira, Actas do II Congresso família, saúde e doença: modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde, 2ª edição, Vol. IV, Universidade do Minho, 2008
- GOMES, S. – Burnout em Enfermeiros no início de carreira. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação, 2009.
- GONÇALVES, A.- Satisfação profissional dos enfermeiros especialistas. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra, 1995.
- GRAÇA, L.- Evolução do sistema hospitalar: Uma perspectiva sociológica. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde / Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 1996.
- GRAÇA, L; HENRIQUES, A. – Florence Nightingale e Ethel Fenwick: da ocupação à profissão de Enfermagem. 2000
- GREBERT, P. – Les soignants s'épuisent...Mais le burnout existe-t'il. 1992, L'information psychiatrique, Paris, nº8, vol.68, Octobre, p. 803-808.

- HADDAD, M. Revista espaço para a saúde, londrina, v.1, n2 p 75-88, Junho, 2000
- HOGSTEL, M. *et al* – Nursing research: an introduction. New York, McGraw-Hill Book Company, 1986
- JAHODA, M. Current concepts of positive mental health. New York, Basic Books, 1958.
- KANAANE, R. Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao Século XXI. São Paulo: Atlas, 1994.
- KOMPIER, M. *et al* – Preventing stress, improving productivity. European Case Studies in the workplace. London, Portledge, 1999, ISBN 0-415-16556
- KOMPIER, M; KRISTENSEN, T. – As intervenções em estresse organizacional: considerações teóricas, metodológicas e práticas. Trad. De Estefânia de Vasconcellos Guimarães, Caderno de Psicologia Social do Trabalho, 2003, 6, p.37-58
- LABRADOR, J. *et al* - Evaluacion del estrés; in Evaluacion conductal hoy: un enfoque para el cambio en psicologia clínica e de la salud. Balesteros, R. F. Ediciones Pirâmide, Madrid, 1994.
- LAZARUS, S. *et al* – Stress and Coping: Some Current Issues and Controversies; Stress and Coping na Anthology, 2ª edição, New York, Columbia University Press, 1985, P. 1-16
- LEAL, M. – Stress e Burnout, Medi Bial, Porto, 1998.
- LEITE, M. *et al* – Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. Cogitare Enfermagem, 2008, Jan/Mar; 13(1):75-82
- LEITER, M. *et al* – The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. Soc. Sci. Med., 1998, 47 (10), p. 1611-1617
- LEITER, M.P. - Coping Patterns as Predictores of Burnout: The Function of Control and Escapist Coping Patterns. Journal of Organizational Behaviour. 1991, Vol.12, 123-144.
- LEMOS, F. - Distúrbio de stress pós-traumático: alguns aspectos comparativos entre crianças, adolescentes e adultos. Psiquiatria Clínica, 1995 16, (1), 47-55.
- LERNIHAN, E. *et al* – Measuring levels of burnout among care workers. Learning disability practice, October, 2010, Volume 13, Number 8, p.27-33
- LIPP, M; *et al* – Stress. Contexto, São Paulo, 1998
- LOCKE, E.A. The nature and causes of job satisfaction. In: DUNNETE, M.D. (ed.) Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago: Rand McNally College Publishing, 1976.
- LOUREIRO, H. ; *et al* – Burnout no trabalho. Revista Referência, IIª Série, nº7, Outubro, 2008, P. 33-41
- MAROCO, J. – Análise Estatística com utilização do SPSS. 3ª Edição, Edições Sílabo, Lisboa, 2010, ISBN 978-972-618-452-2

- MARTINEZ, M. C. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- MARTINS, Conceição – Saúde Mental nas Instituições Hospitalares. Universidade de Aveiro, 1998, s/ ISBN.
- MARTINS, M.C.F. Satisfação no trabalho: elaboração de instrumento e variáveis que afetam a satisfação. Brasília, Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, 1995.
- MASLACH, C. *et al* – The measurement of experienced burnout. 1981, Journal of occupational behavior, vol. 2, p.99-113.
- MASLACH, C., JACKSON, S. E., & Leiter, M. P. - Maslach Burnout Inventory. (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996
- MASLACH, C.; LEITER, M.; SHAUFELI, W. – Measuring Burnout. Cartwright, 2008, ISBN 978-0-19-921191-3
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; Leiter, M. - Job Burnout. Annual Review Psychology. 52: 397-422.2001
- MCILFATRICK, S. *et al* – Nursing the clinic vs nursing the patient: nurses experience of a day hospital chemotherapy service. Journal of Clinical Nursing, 15, 9, 2006, P. 1170-1178
- MENDES, A. - Síndrome de burn-out em enfermeiros de psiquiatria: Contributo para o estudo dos factores do ambiente e da pessoa para o seu desenvolvimento. In Dossier Saúde e Desenvolvimento. Coimbra: Edição Formasau, 1996.
- MENZIES, I. - O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade. Traduzido por Arakey Martins Rodrigues. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 1983.
- Mitchell, Robert G. – O custo emocional da enfermagem. Nursing, Lisboa, A.1, nº 11, Dez 1988, ISSN 0871-6196, p.2-6.
- MURPHY, H. - The meaning of symptom-checklist scores in mental health surveys: a testing of multiple hypotheses. 1978, Social Science and Medicine, 12:67–75.
- MURPHY, L. – Occupational stress management: a review and appraisal. Journal Occupational Psychology, 1984, 57, p. 1-15
- NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH – Stress at Work. Centers for Disease Control and Prevention, Columbia, 2002, p. 1-22
- NUNES, R. - Estudio Transcultural del Síndrome de Burnout en Docentes Universitarios. Departamento de Personalidad, Evaluación Y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Sevilla, 2003.
- NUNES, C.; AFONSO, A. – Estatística e Probabilidades: Aplicações e Soluções em SPSS. Escolar Editora, Lisboa, 2011, ISBN 978-972-592-299-6

OTERO, G. – Riesgos del trabajo del personal sanitario. 2ª edição, McGraw-Hill, Madrid, 1993

PAOLI, P. – Second European survey on working conditions. Dublin, European Foundation for the improvement of living and working conditions, 1997.

PEIRO, J. *et al* – Causes et conséquences du stress de rôle chez des infirmière et des médecins généralistes travaillant dans les unités de soins primaires: um modele causal. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 2º trimestre, 1994, vol.44, p. 115-116;

PEREIRA, S.; *et al* – Risk of Burnout and protective factors in Palliative Care: Exploring Issues of Care, Dying and the end of life. Inter-Disciplinary Press. United Kingdom, 2011, ISBN 978-1-84888-058-0

PÉREZ-RAMOS, J. Satisfação no trabalho: metas e tendências. Tese de Livre-docência, Instituto de Psicologia de Assis, Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Assis, 1980.

PINES, A.; ARONSON, E.- Career Burnout: Causes and cures. New York, The free Press.1989, P. 80-96.

POPIM RC, BOEMER M.- Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2005, 13(5): 677-85.

POPIM, R., BOEMER, M. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. *Revista Latina-Americana Enfermagem*. 2005;13(5):677-85.

QUEIRÓS, P. – Burnout no trabalho conjugal em enfermeiros portugueses. Edições Sinais Vitais, Coimbra, 2005.

Queirós, P. - *Burnout em enfermeiros: Comparação de três grupos*. Dissertação de mestrado em Saúde Ocupacional apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 1997.

RAMOS, S.I.V. - Satisfação/ Insatisfação Profissional em Professores de Educação Física do Quadro de Nomeação Definitiva de Coimbra – Um estudo descritivo. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, 2002.

REINHOLD, H. – O sentido da vida: Prevenção de Stress e Burnout do Professor. Tese de doutoramento em Psicologia, Profissão e Ciência, Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2004.

RIBEIRO, J. – Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, Porto, 2001, 2 (1), 77-99

RIBEIRO, J.L.P. – Psicologia e Saúde. 1ª Edição, Lisboa, ISPA, 1998, ISBN 972-8400-07-1, p. 303-331

RODRIGUES, A. *et al* - Satisfação profissional do enfermeiro. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 21-28, Outubro 1999.

ROSSI, S.; *et al* - A Síndrome De Burnout No Enfermeiro: Um Estudo Comparativo Entre Atenção Básica e Sectores Fechados Hospitalares. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, Out/Dez, 2(4):1232-1239, ISSN 2175-5361

SÁ, L. – Associação entre Burnout e Saúde Mental. 9º Encontro de Saúde Ocupacional em Hospitais e outros Estabelecimentos de Saúde, Lisboa, 2011.

SÁ, L. – Burnout e Controlo sobre o Trabalho em Enfermagem Oncológica. Tese apresentada para obtenção do grau de mestre em Psiquiatria e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2002.

SACADURA-LEITE, Ema; UVA, A.S. – Stress relacionado com o trabalho. Revista Saúde e Trabalho – órgão oficial da sociedade portuguesa de Medicina do Trabalho. 06/07

SAUTER, S. *et al* – Abordagens à Prevenção do Stress no trabalho nos Estados Unidos. In: Rossi AM, Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas actuais da saúde ocupacional. São Paulo, Atlas, 2005, Cap.13

SCHABRACQ, M. *et al* – Handbook of work and health psychology, Chichester, 1996, John Wiley and Sons.

SCHAUFELI, W. *et al* - Active coping and need for control as moderators of the job demand-control model: Effects on burnout. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 1998, 71, 1-18.

SEABRA, A. – Síndrome de burnout e a depressão no contexto da saúde ocupacional. Dissertação em Doutoramento em Ciências de Saúde Mental, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2008, P.151-164

SELYE, H. – The Stress of Life. Revised Edition, McGraw-Hill Book CO.USA, 1978, ISBN 0-07-056212-41

SELYE, H. Stress in Health and Disease. Reading (Mass.): Butterworths, 1976.

SILVA, F. – Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. PSI, Revista de Psicologia Social e Institucional, volume 2, nº1, Junho 2000, ISSN 1516-4888

SILVA, F. – Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. Revista de Psicologia Social e Institucional, Volume 2, nº1, Junho, 2000, ISSN 1516-4888

SILVA, G. - Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986. cap.3: Medicina e enfermagem na sociedade brasileira, p.73-81.

SÓRIA, D.; *et al* – Resiliência na área da Enfermagem em Oncologia. Acta Paulista de Enfermagem, S. Paulo, 2009.

STACCIARINI, J.M.R; TRÓCCOLI, B.T – O estresse na actividade ocupacional do enfermeiro. Rev. Latino-am.enfermagem. Riberão Preto, v.8, nº6, 2001, s/ ISSN, p.17-25.

STEUER, R. S. Satisfação no trabalho, conflito e ambiguidade de papéis: estudo junto às enfermeiras de Maternidade Escola do Município de São Paulo. Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

- STUMM, E. et al – Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. *Cogitare Enferm*, 2008, Jan/Fev, 13 (1):75-82.
- SUMMERHAYES, M. – The impact of workload changes and staff availability on IV chemotherapy services. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 9, 4, 2003, p. 123-128
- SUTHERLAND, V. *et al* – The cost of stress in understanding stress, a psychological perspective for health professionals. London, Chaplan and Wall, 1990, p. 213-224.
- TAVARES, J. – Resiliência e Educação. São Paulo: Cortez, 2001;
- TAVARES, O. – Avaliação da Satisfação de Profissionais de Saúde no Serviço de Imagiologia dos HUC. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Faculdade de Economia, Coimbra, 2008, p. 16-35
- THELAN, Lynne, *et al* – Enfermagem em Cuidados Intensivos, Diagnóstico e Intervenção. 1ª Edição, Lusodidacta, Lisboa, 1994, ISBN 972-95399-1-X, p. 935-964/981-991.
- VANHOORNE, M. – Mental disorders of physicians. *Arch. Public Health*, 1993, 51, p. 373-386
- VÁSQUEZ, C. El concepto de conducta anormal. In F. Fuentenebro, *Psicología médica, psicopatología y psiquiatria*, vol 1, 449-47. Madrid: Interamericana, 1990.
- VAZ SERRA, Adriano – O stress na vida de todos os dias. 1ª Edição, A.V. Serra, Coimbra, 1999, ISBN 972-95003-2-0.
- VERITY, R. – Administering cytotoxic chemotherapy: the nurses perspective. Unpublished M.Sc. Dissertation, University of Surrey, 2002.
- VERITY, R. *et al* – Exploring the work of nurses who administer chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 2008, 12, p.244-252.
- VIEIRA, I.; *et al* - Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria*, 2006 Set./Dez.; 28 (3):352-6.
- WALDOW, V. – Cogitando sobre o Cuidado Humano. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.3, n.2, Jul./Dez. 1998, P.7-10
- WHO – Health Promotion Glossary. Geneva, 1998
- WHO - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2007
- WHO – Promotion Mental Health: concepts, emerging evidence, practice. Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, 2005.
- ZEGERS, O. – El ejercicio de la medicina intensiva como situacion de stress. *Actas Luso Espanhola Neurologia, Psiquiatria*, 1991, Abril, P.243-251.

ANEXOS

I - Autorização para a aplicação dos instrumentos de colheita de dados

Exma. Senhora Enfermeira Chefe
Do Hospital de Dia de Quimioterapia do I.P.O.
Francisco Gentil E.P.E.
Senhora Enfermeira Isabel Oliveira,

O meu nome é Fabiana Fernandes Rebelo, sou enfermeira nesta instituição e encontro-me a exercer funções no Hospital de Dia de Quimioterapia desde Outubro de 2007.

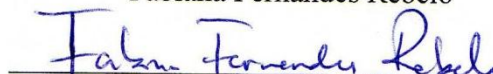
No âmbito da formação pós graduada que frequento desde Outubro 2009, mestrado em Saúde Pública, vertente de especialização em Promoção e Protecção da Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública encontro-me a desenvolver o projecto final, cujo tema versa sobre a saúde mental e *burnout* dos enfermeiros que trabalham em oncologia, nomeadamente, proceder ao apuramento dos agentes stressores e factores predisponentes, já identificados do ponto de vista da revisão de literatura, para esta área de trabalho.

Assim, venho por este meio, solicitar a anuência e parecer de vossa excelência para a aplicação do instrumento de colheita de dados – questionário – aos profissionais de enfermagem que exercem funções no Hospital de Dia de Quimioterapia, durante o mês de Fevereiro e Março do presente ano. Mais adianto que a confidencialidade dos dados será assegurada, bem como, os resultados serão tratados no que concerne à identificação de eventuais linhas de acção no sentido da promoção e protecção da saúde destes profissionais. É um trabalho académico e apenas pressupõe a fase de projecto.

Agradeço desde já toda a sua atenção e disponibilidade

Com os meus melhores cumprimentos,

Fabiana Fernandes Rebelo



Lisboa, 7 de Fevereiro de 2011.

Defer-se pedido por não existir qualquer incompatibilidade para o serviço.

Enf.ª Chefe
Isabel Oliveira



H.Dia / Unidade Quimioterapia

II – Instrumentos de Colheita de Dados

Caro (a) colega:

o meu nome é Fabiana Rebelo e venho por este meio solicitar a sua colaboração no projecto de tese de mestrado que me encontro a desenvolver no âmbito do Mestrado em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública, e que se intitula de “Burnout nos enfermeiros que trabalham numa unidade de quimioterapia de um instituto oncológico”.

Pretende-se caracterizar um grupo de enfermeiros quanto à gravidade dos quadros de *burnout* que possam apresentar e avaliar a sua saúde mental, através dos questionários, Maslach Burnout Inventory e Mental Health Inventory.

Solicito a sua atenciosa colaboração para o preenchimento dos mesmos, tentando responder com sinceridade e reflectindo nas suas funções diárias.

O primeiro questionário dispõe de 22 questões dispostas numa Escala de Likert de 0 a 6 e o segundo questionário apresenta 48 questões direccionadas ao seu bem-estar psicológico ou distresse psicológico.

Os dois questionários exigirão 20 minutos para o seu preenchimento, com certeza da total confidencialidade das respostas.

Muito obrigada pela disponibilidade,

Fabiana Rebelo

MASLACH BURNOUT INVENTORY

		Nunca	Algumas vezes por ano	Todos os meses	Algumas vezes por mês	Todas as semanas	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1	Sinto-me emocionalmente esgotado(a) pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4	6	6
2	Sinto-me cansado(a) no final do meu dia de trabalho.	0	1	2	3	4	6	6
3	Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho.	0	1	2	3	4	6	6
4	Compreendo facilmente como se sentem os meus doentes.	0	1	2	3	4	6	6
5	Sinto que trato alguns doentes como se fossem "objectos" impessoais.	0	1	2	3	4	6	6
6	Trabalhar todo o dia com doentes esgota-me bastante.	0	1	2	3	4	6	6
7	Lido de uma forma muito eficaz com os problemas dos meus doentes.	0	1	2	3	4	6	6
8	Sinto-me esgotado(a) pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4	6	6
9	Sinto que influencio positivamente a vida dos outros com o meu trabalho.	0	1	2	3	4	6	6
10	Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas.	0	1	2	3	4	6	6
11	Preocupa-me que este trabalho me endureça emocionalmente.	0	1	2	3	4	6	6
12	Sinto-me cheio de energia.	0	1	2	3	4	6	6
13	Sinto-me frustrado com o trabalho que realizo.	0	1	2	3	4	6	6
14	Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego.	0	1	2	3	4	6	6
15	Não me importo grandemente com o que acontece aos meus doentes.	0	1	2	3	4	6	6
16	Trabalhar directamente	0	1	2	3	4	6	6

	com pessoas faz-me sentir demasiado em stress.							
17	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxante com os meus doentes.	0	1	2	3	4	6	6
18	Sinto-me estimulado após trabalhar ao pé dos meus doentes.	0	1	2	3	4	6	6
19	Tenho realizado muitas coisas válidas no trabalho que desempenho.	0	1	2	3	4	6	6
20	Sinto-me no limite das minhas forças.	0	1	2	3	4	6	6
21	No meu trabalho lido com problemas emocionais com muita calma.	0	1	2	3	4	6	6
22	Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	0	1	2	3	4	6	6

Fonte: SÁ, L. – Burnout e Controlo sobre o trabalho em Enfermagem Oncológica. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade do Porto, 2002

MENTAL HEALTH INVENTORY (MHI)

Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia-a-dia. Responda a cada uma delas assinalando num dos quadrados por baixo a resposta que melhor se aplica a si.

1. QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?

- ☐ Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita
- ☐ Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo
- ☐ Geralmente satisfeito e feliz
- ☐ Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz
- ☐ Geralmente insatisfeito, infeliz
- ☐ Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo

2. DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?

- ☐ Sempre ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase sempre ☐ Quase nunca
- ☐ A maior parte do tempo ☐ Nunca

3. COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?

- ☐ Sempre ☐ Com pouca frequência
- ☐ Com muita frequência ☐ Quase nunca
- ☐ Frequentemente ☐ Nunca

4. DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

- ☐ Sempre ☐ Com pouca frequência
- ☐ Com muita frequência ☐ Quase nunca
- ☐ Frequentemente ☐ Nunca

5. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA-A-DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

- ☐ Sempre ☐ Com pouca frequência
- ☐ Com muita frequência ☐ Quase nunca
- ☐ Frequentemente ☐ Nunca

6. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Com pouca frequência |
| <input type="checkbox"/> Com muita frequência | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Nunca |

7. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Com pouca frequência |
| <input type="checkbox"/> Com muita frequência | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Nunca |

8. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não, nunca | <input type="checkbox"/> Sim, e fiquei um bocado preocupado |
| <input type="checkbox"/> Talvez um pouco | <input type="checkbox"/> Sim, e isso preocupa-me |
| <input type="checkbox"/> Sim, mas não o suficiente para ficar | <input type="checkbox"/> Sim, e estou muito preocupado com isso |

preocupado com isso

9. SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias | <input type="checkbox"/> Sim, deprimido muitas vezes |
| <input type="checkbox"/> Sim, muito deprimido quase todos os dias | <input type="checkbox"/> Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido |
| | <input type="checkbox"/> Não, nunca me sinto deprimido |

10. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Algumas vezes |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Muito poucas vezes |
| <input type="checkbox"/> A maior parte das vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |

11. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Durante algum tempo |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo | <input type="checkbox"/> Nunca |

12. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Com pouca frequência |
| <input type="checkbox"/> Com muita frequência | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Nunca |

13. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Durante algum tempo |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo | <input type="checkbox"/> Nunca |

14. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sim, completamente | <input type="checkbox"/> Não muito bem |
| <input type="checkbox"/> Sim, geralmente | <input type="checkbox"/> Não e ando um pouco perturbado por isso |
| <input type="checkbox"/> Sim, penso que sim | <input type="checkbox"/> Não, e ando muito perturbado por isso |

15. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Com pouca frequência |
| <input type="checkbox"/> Com muita frequência | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Nunca |

16. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Com pouca frequência |
| <input type="checkbox"/> Com muita frequência | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Nunca |

17. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Durante algum tempo |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo | <input type="checkbox"/> Nunca |

18. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Durante algum tempo |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo | <input type="checkbox"/> Nunca |

19. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Durante algum tempo |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo | <input type="checkbox"/> Nunca |

20. COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Com pouca frequência |
| <input type="checkbox"/> Com muita frequência | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Nunca |

21. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Com pouca frequência |
| <input type="checkbox"/> Com muita frequência | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Nunca |

22. QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Durante algum tempo |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo | <input type="checkbox"/> Nunca |

23. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Durante algum tempo |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo | <input type="checkbox"/> Nunca |

24. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Frequentemente |
| <input type="checkbox"/> Com muita frequência | <input type="checkbox"/> Com pouca frequência |
| | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| | <input type="checkbox"/> Nunca |

25. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia | <input type="checkbox"/> Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso |
| <input type="checkbox"/> Muito incomodado | <input type="checkbox"/> Apenas de forma muito ligeira |
| <input type="checkbox"/> Um pouco incomodado pelos meus nervos | <input type="checkbox"/> Nada incomodado |

26. NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Durante algum tempo |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo | <input type="checkbox"/> Nunca |

27. DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Com pouca frequência |
| <input type="checkbox"/> Com muita frequência | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Nunca |

28. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes | <input type="checkbox"/> Sim, uma vez |
| <input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes | <input type="checkbox"/> Não, nunca |
| <input type="checkbox"/> Sim, umas poucas de vezes | |

29. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO, INQUIETO E IMPACIENTE?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Durante algum tempo |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo | <input type="checkbox"/> Nunca |

30. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Durante algum tempo |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo | <input type="checkbox"/> Nunca |

31. DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM-DISPOSTO?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Durante algum tempo |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo | <input type="checkbox"/> Nunca |

32. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Com pouca frequência |
| <input type="checkbox"/> Com muita frequência | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Nunca |

33. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase | <input type="checkbox"/> Sim, o suficiente para me incomodar |
| <input type="checkbox"/> Sim, muito | <input type="checkbox"/> Sim, de forma muito ligeira |
| <input type="checkbox"/> Sim, um pouco | <input type="checkbox"/> Não. De maneira nenhuma |

34. NO ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Durante algum tempo |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo | <input type="checkbox"/> Nunca |

35. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EM MANTER-SE CALMO?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Com pouca frequência |
| <input type="checkbox"/> Com muita frequência | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Nunca |

36. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Durante algum tempo |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> Uma boa parte do tempo | <input type="checkbox"/> Nunca acordo com a sensação de descansado |

37. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre, todos os dias | <input type="checkbox"/> Algumas vezes, mas normalmente não |
| <input type="checkbox"/> Quase todos os dias | <input type="checkbox"/> Quase nunca |
| <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Nunca |

38. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sim, quase a ultrapassar os meus limites | <input type="checkbox"/> Sim, alguma, como de costume |
| <input type="checkbox"/> Sim, muita pressão | <input type="checkbox"/> Sim, alguma, mais do que o costume |
| | <input type="checkbox"/> Sim, um pouco |

Caro (a) colega:

Venho por este meio solicitar a sua colaboração no projecto de tese de mestrado que me encontro a desenvolver no âmbito do Mestrado em Saúde Pública, e que se intitula de “Burnout nos enfermeiros que trabalham numa unidade de quimioterapia de um instituto oncológico”.

Pretende-se conhecer a opinião dos enfermeiros que trabalham neste serviço de Hospital de Dia e de Consultas de Enfermagem, relativamente às suas condições de trabalho concretas e satisfação com o mesmo. Para tal, adoptei um instrumento de colheita de dados de Graça (1999), que acompanha este documento.

Solicito a sua atenciosa colaboração para o preenchimento do mesmo, e que pense nas funções que exerce no seu serviço e naquilo que espera do seu desempenho profissional, nos seus investimentos e nos seus ganhos pessoais.

A 1ª parte é composta por 43 itens; a cada um desses itens, vou pedir-lhe que responda sistematicamente a duas questões (A e B):

- (A) - Pretende saber a percepção das suas expectativas, desejos ou preferências (aquilo que esperaria ou gostaria);**
- (B) - Pretende saber a percepção dos resultados ou recompensas que obtém ou julga obter;**

Desta forma iremos obter as suas Expectativas (E) através da resposta A e os seus Resultados (R) através da resposta B. Será calculada a satisfação pela diferença encontrada entre os scores resultantes das duas respostas.

É pedido que opte por um dos dez números da escala de intervalos, sendo o valor 1 correspondente a “nada/mínimo”; o 2 a “muito pouco”; o 5 a “assim-assim, nem pouco nem muito”; o valor 7 equivale ao “bastante”; o 9 ao “muitíssimo, sem ser o máximo” e o valor 10 será “muito/máximo”.

Na 2ª parte e 3ª parte, peço-lhe que responda a todas as questões, com a total garantia do seu anonimato.

Muito obrigada pela disponibilidade,

Fabiana Rebelo

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DO PESSOAL DO SNS (GRAÇA, 1999)

I Parte	Expectativas (E), Resultados (R) e Diferença entre Expectativas e Resultados (E-R)
----------------	---

Questões (A e B)	A	Até que ponto deveria existir?
	B	Até que ponto existe?
Itens (de 1 a 10)		

1	A convicção íntima de que <i>vale realmente a pena</i> uma pessoa esforçar-se e dar o seu melhor neste serviço.	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
2	A <i>independência</i> e a <i>autonomia</i> indispensáveis ao exercício das minhas funções como enfermeiro.	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
3	O sentimento de <i>segurança no emprego</i> devido ao facto de pertencer ao quadro de pessoal do hospital.	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
4	A certeza de que estou a usar e a desenvolver os meus <i>conhecimentos e competências</i> como enfermeiro.	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
5	O elevado <i>espírito de equipa</i> que une todas as pessoas que trabalham comigo neste serviço, independentemente da sua profissão ou carreira	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
6	O <i>prestígio</i> que gozo, entre as pessoas das minhas relações (amigos, familiares e outros), devido ao <i>estatuto da minha profissão ou carreira</i>	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

7	O sentimento de que estou a dar um contributo importante para a <i>realização da missão e dos objectivos</i> atribuídos a este serviço.	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
8	A percepção de estar <i>relativamente bem pago</i> , tendo em conta o nível do meu <i>desempenho profissional</i> (por ex., quantidade e qualidade do meu trabalho)	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
9	A oportunidade de ter, no meu local de trabalho, <i>verdadeiros amigos</i> e não apenas colegas ou simples conhecidos	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
10	A confiança que tenho na <i>capacidade de inovação e mudança</i> dos profissionais de saúde que comigo trabalham no SNS, em geral, e neste serviço, em particular	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
11	O <i>conforto</i> e o <i>bem-estar</i> que me proporcionam as <i>condições de trabalho</i> neste serviço (por ex., equipamentos, gabinetes e demais instalações, parque de estacionamento)	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
12	A disponibilidade de <i>recursos essenciais</i> , em especial <i>humanos e técnicos</i> , para poder desempenhar bem as minhas funções	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
13	A <i>elevada auto-estima</i> que sinto, devido aos cargos de coordenação ou chefia que tenho exercido (ou posso vir a exercer) neste serviço	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
14	A margem de <i>liberdade</i> que eu tenho para <i>planear, organizar, executar e avaliar</i> o meu trabalho diário	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
15	A percepção de estar <i>relativamente bem pago</i> , por comparação com <i>outros funcionários públicos</i> com qualificações e responsabilidades equivalentes às minhas	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

16	A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional, pelo facto de trabalhar na região de saúde a que pertença	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
17	A cooperação e a colaboração com que posso contar por parte dos meus colegas de profissão ou carreira	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
18	A oportunidade de formação contínua e de desenvolvimento pessoal que aqui tenho, no âmbito da minha profissão ou carreira	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
19	O respeito, o apreço e a confiança que os utentes deste serviço me manifestam (ou, pelo menos, aqueles com quem lido no atendimento)	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
20	A percepção de que a direcção deste hospital dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objectivos	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
21	A percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta o regime de trabalho por que optei (40 horas semanais)	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
22	O apoio com que posso contar por parte do meu director (ou do meu chefe), sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa precisa mais de ajuda	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
23	A garantia de que a minha RS tem uma política efectiva de protecção da saúde e da segurança dos profissionais que aqui trabalham	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
24	O devido reconhecimento do meu desempenho profissional, por parte da minha chefia hierárquica ou funcional	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

25	O apoio com que posso contar por parte dos elementos da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa precisa mais de ajuda	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
26	A possibilidade efectiva e concreta de participar na concepção, planeamento, implementação e avaliação dos programas e actividades do serviço	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
27	A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos colegas de outras profissões ou carreiras	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
28	A adequada protecção contra os riscos profissionais de natureza física, química e/ou biológica, a que estou exposto no meu local de trabalho	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
29	A clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes serviços, unidades e equipas, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
30	A possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do serviço	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
31	A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efectiva e concreta as necessidades e as expectativas (de saúde ou informação) dos utentes que me procuram	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
32	O orgulho que sinto por trabalhar num serviço com uma boa imagem junto da comunidade	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
33	A oportunidade de desenvolver aqui um projecto profissional mais estimulante, interessante e criativo do que noutros sítios que conheço	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

34	A percepção de que o meu papel e as minhas competências são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites pelos demais profissionais	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
35	A garantia de qualidade dos cuidados e/ou serviços que são prestados aos utentes deste serviço, por mim e pelos demais profissionais que aqui trabalham	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
36	O sentimento de orgulho por integrar uma equipa de saúde tão competente e empenhada como a minha	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
37	A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stresse no trabalho (por ex., conflitos com os utentes e os colegas, sobrecarga de trabalho)	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
38	A confiança que sinto em relação ao futuro do SNS, em geral, e da minha profissão ou carreira, em particular	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
39	A percepção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
40	A certeza de que as minhas tarefas têm um conteúdo rico, variado e exigente, sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
41	A oportunidade efectiva e concreta de prestar, aos utentes do serviço, verdadeiros cuidados integrados, continuados e personalizados	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

42	A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte de <i>outros profissionais de saúde</i> fora do serviço e hospital	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
43	A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos <i>utentes</i> com quem lido no atendimento	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
44	A oportunidade de <i>participar</i> em programas e actividades de <i>saúde comunitária</i> , integrado em <i>equipas</i> pluridisciplinares e pluriprofissionais	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
45	A percepção de estar <i>relativamente bem pago</i> , tendo em conta a <i>minha opção</i> por trabalhar e viver no concelho a que pertence o hospital	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
46	O <i>entusiasmo</i> com que tenho vivido as <i>mudanças</i> que foram, estão ou irão ser introduzidas na organização e funcionamento do SNS e hospital	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
47	A <i>gestão adequada e flexível</i> do meu tempo de <i>trabalho</i> , tendo em conta as solicitações a que estou sujeito diariamente (por ex., telefone, reuniões, consultas)	A	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)
		B	(Min) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Max)

II Parte

Caracterização sociodemográfica e intenções comportamentais

1	Género:	<input type="checkbox"/>	Feminino	<input type="checkbox"/>	Masculino
2	Grupo etário:	<input type="checkbox"/>	Menos de 35 anos	<input type="checkbox"/>	35 - 44 anos
		<input type="checkbox"/>	45 - 54 anos	<input type="checkbox"/>	55 ou mais anos

3 Actual situação no emprego:

- ☐ Pertence ao quadro de pessoal
- ☐ Tem contrato administrativo de provimento
- ☐ Está com contrato individual de trabalho
- ☐ Outra (por ex., situação de requisição ou destacamento, licença sem vencimento)

4 Nos últimos doze meses, alguma vez pensou seriamente em: (Responda conforme a situação aplicável.

Pode, aliás, assinalar mais do que uma resposta):

- ☐ Pedir a exoneração do lugar do quadro ou a rescisão do contrato
- ☐ Concorrer ou pedir a transferência para outro estabelecimento ou serviço
- ☐ Pedir a demissão do cargo que exerce (por ex., director, coordenador)
- ☐ Pedir licença sem vencimento
- ☐ Pôr os papéis para a aposentação antecipada
- ☐ Mudar de profissão
- ☐ Mudar de carreira (ou de especialidade)
- ☐ Nunca pensou em nenhuma destas hipóteses
- ☐ Não sabe ou não se lembra

5 Exerce actualmente funções de direcção, chefia ou coordenação? Formal ou informalmente?

- ☐ Sim, formalmente ☐ Não
- ☐ Sim, informalmente

6 Antiguidade na profissão ou carreira (ou equivalente, no caso de não estar integrado em nenhuma carreira do SNS):

☐ Menos de 10 anos

☐ 20 a 29 anos

☐ 10-19 anos

☐ 30 ou mais anos

7 Antiguidade no actual serviço:

☐ Menos de 10 anos

☐ 20 a 29 anos

☐ 10-19 anos

☐ 30 ou mais anos

8 Se tivesse possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria: (Responda a todas as hipóteses

a seguir listadas, aplicáveis a todos os grupos profissionais, excepto no que diz respeito à carreira) (*a)

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Talvez</i>	<i>N/Sabe</i>
• A mesma profissão ou carreira (por ex., enfermagem)				
• (Só para os médicos:) A mesma carreira (por ex., MGF)				
• O Serviço Nacional de Saúde como principal empregador				
• O sector privado da saúde como principal empregador				
• Exclusivamente a actividade independente ou liberal				
• O hospital como local de trabalho principal				
• O centro de saúde (CS) como local de trabalho principal				
• O mesmo serviço onde hoje trabalha				
• A mesma sub-região de saúde (SRS) a que hoje pertence				
• A mesma administração regional de saúde				

(ARS)				
-------	--	--	--	--

III Parte	Entrevista
-----------	------------

O burnout é descrito por FREUDENBERGER (1974) como um sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia e recursos internos, onde é evidente, a fadiga, a irritabilidade, a depressão, o aborrecimento e a inflexibilidade. Já MASLACH e LEITER (1999), descrevem-no como uma síndrome tridimensional composta por exaustão emocional, despersonalização e insatisfação profissional.

(LOUREIRO ET AL, 2008)

- 1) No seu local de trabalho, consegue identificar quais os factores mais geradores de stress para si?
- 2) Que soluções ou estratégias recomenda para atenuar esta situação ou diminuir estes geradores de stress?

FIM DO QUESTIONÁRIO.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

FONTE: GRAÇA, L. - A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde. In: *Instrumentos para a Melhoria Contínua da Qualidade*. Lisboa: Sub direcção Geral para a Qualidade. Direcção Geral de Saúde. 1999. 1-19

III – Definição das Variáveis

Variável Dependente	Tipo de Variável	Escala de Medida
Saúde Mental	Qualitativa	Ordinal
Burnout	Qualitativa	Ordinal
Satisfação Profissional	Qualitativa	Ordinal
MENTAL HEALTH INVENTORY – Saúde Mental		
AFECTO POSITIVO (Questão: 1,4,5,6,7,12,17,26,31,34,37)	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Com pouca frequência 4- Frequentemente 5- Com muita frequência 6- Sempre	
LAÇOS EMOCIONAIS (Questão: 2,10,23)	1 – Nunca 2 – Quase Nunca 3 – Durante algum tempo 4 – A maior parte do tempo 5 – Quase sempre 6 - Sempre	
ANSIEDADE (Questão: 3,11,13,15,22,25,29,32,33,35)	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Com pouca frequência 4- Frequentemente 5- Com muita frequência 6- Sempre	
PERDA DE CONTROLO (Questão: 8,14,16,18,19,20,21,24,28)	1 – Nunca 2 – Quase Nunca 3 – Durante algum tempo 4 – A maior parte do tempo 5 – Quase sempre 6 - Sempre	
DEPRESSÃO (Questão: 9,27,30,36,38)	1 – Nunca 2 – Quase Nunca 3 – Durante algum tempo 4 – A maior parte do tempo 5 – Quase sempre 6 - Sempre	

O somatório das respostas irá dar-nos um score final para cada enfermeiro.

Saúde Mental – Score Final	Valores
Elevada Saúde Mental	Valores acima de 150
Média Saúde Mental	Valores iguais a 150
Baixa Saúde Mental	Valores abaixo de 150

MASLACH BURNOUT INVENTORY	
EXAUSTÃO EMOCIONAL (Questões: 1,2,3,6,8,13,14,16,20)	0 – Nunca 1 – Algumas vezes por ano 2 – Todos os meses 3 – Algumas vezes por mês 4 – Todas as semanas 5 – Algumas vezes por semana 6 – Todos os dias
DESPERSONALIZAÇÃO (Questões: 5,10,11,15,22)	0 – Nunca 1 – Algumas vezes por ano 2 – Todos os meses 3 – Algumas vezes por mês 4 – Todas as semanas 5 – Algumas vezes por semana 6 – Todos os dias
REALIZAÇÃO PESSOAL (Questões: 4,7,9,12,17,18,19,21)	0 – Nunca 1 – Algumas vezes por ano 2 – Todos os meses 3 – Algumas vezes por mês 4 – Todas as semanas 5 – Algumas vezes por semana 6 – Todos os dias

Subescalas do MBI	Intervalo de <i>Burnout</i> experimentado		
	Baixo	Médio	Alto
Exaustão Emocional	≤18	19-26	≥27
Despersonalização	≤5	6-9	≥10
Realização Pessoal	≥40	34-39	≤33

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	VALORES
Valores Próximos de 0	Satisfação Profissional
Valores Próximos de 10	Não-Satisfação Profissional

Variável Independente	Designação	Tipo de Variável	Escala de Medida	Nº Questões	Valor Possível
Sociodemográfica	Género	Qualitativa	Nominal	1	1- Feminino 2- Masculino
	Idade	Quantitativa	Numérica Contínua	1	22 a 65
	Tempo de profissão	Quantitativa	Numérica Contínua	1	1 a 50
	Tempo de serviço	Quantitativa	Numérica Contínua	1	1 a 50
	Estado Civil	Qualitativa	Nominal	1	1 – Solteiro 2 – Casado 3 – União de Facto 4 – Divorciado 5 - Viúvo
	Tipo de Contrato	Qualitativa	Nominal	1	1 – Quadro de Pessoal 2 – CAP 3 – Contrato Individual de Trabalho 4 - Outra